Nº 6 décembre 2009



JOURNAL ASMAC

Le monde des enfants

Médecine pharmaceutique
Portrait de l'ASMAC

ÉDITORIAL
5 La plus grande loterie au monde

POLITIQUE
6 Plus de proximité avec les membres
10 La liberté de contracter n'est encore pas enterrée
12 Les nouveaux instruments de la formation postgraduée

POINT DE MIRE
14 L'enfant sur mesure – rêve ou réalité?
16 «On traite toujours un système»
19 Plus qu'un simple jeu d'enfant
22 Etre à la maison sans être chez soi
24 De grands efforts pour les petits
26 Avoir le courage de regarder
28 «La formation prend une autre signification»

PERSPECTIVES
30 Le développement de la pharmacie hospitalière
33 Psychopharmaka im Alter
39 no worries

VSAO-ASMAC
40 Section Berne
41 Section des Grisons
41 Section Suisse centrale
42 Section Zurich
42 SwiMSA

MEDISERVICE VSAO-ASMAC
44 «Nous ne sommes jamais entièrement satisfaits»
46 «Le manque de connaissances favorise l'incompréhension»

70 IMPRESSUM

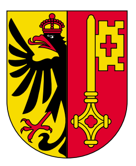
MESSAGE
51 DU PRÉSIDENT

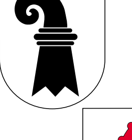
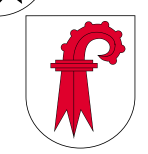
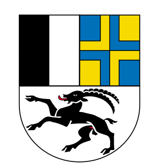
SECTIONS
52 Argovie
53 Bâle
53 Berne
54 Fribourg
54 Genève
55 Grisons
55 Jura
55 St-Gall/Appenzell
56 Soleure
56 Tessin
57 Thurgovie
57 Vaud
58 Valais
58 Suisse centrale
59 Zurich
59 SwiMSA

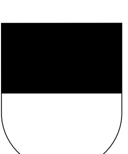
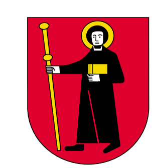
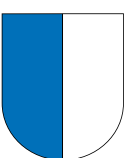
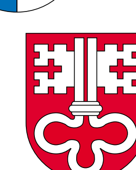
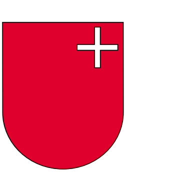
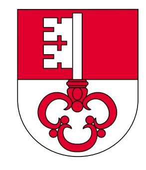
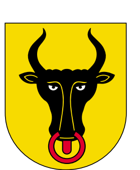
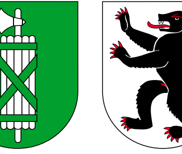
COMITÉ DIRECTEUR
60 Christoph Bosshard
60 Raphael Stolz
60 Christiane Arnold
61 Fabrice Dami
61 Corina Kim-Fuchs
61 Gert Printzen
62 Urs Sieber
62 Patrick Wilson
62 Nicola Rüegsegger

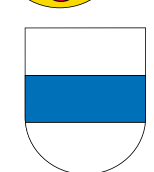
MANDATS
63 Secrétaire politique

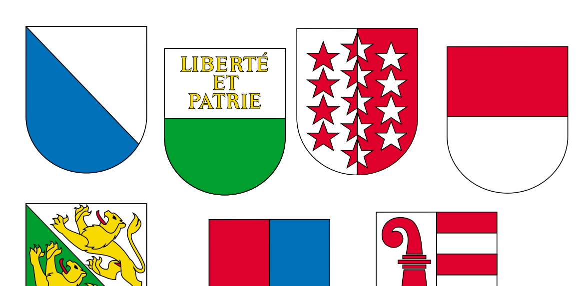
ORGANISATIONS
64 Organigramme
65 Association ASMAC
66 MEDISERVICE VSAO-ASMAC
67 Fondation de prévoyance ASMAC
68 Fondation ASMAC pour les indépendants





Page de couverture
aebi, grafik & illustration, berne

La plus grande loterie au monde

PHOTO: SEVERIN NOVACKI



Catherine Aeschbacher
Rédactrice en chef du Journal de l'ASMAC

Au Moyen Age, les choses sérieuses commençaient déjà très tôt pour nous humains: à sept ou huit ans, on considérait que les enfants étaient suffisamment âgés pour vivre en dehors de la famille. Au fil du temps, cette attitude vis-à-vis des enfants a changé et la période de ménagement a continuellement augmenté. Au 19e siècle s'est finalement établi, dans toutes les couches sociales, ce que nous désignons par enfance. La vie en communauté familiale depuis la naissance et au moins jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire devint alors la règle. Du moins en théorie. Aujourd'hui encore, c'est souvent la chance qui détermine si les enfants peuvent savourer une enfance plus ou moins longue dans une famille plus ou moins idéale ou s'ils tirent le mauvais numéro. Bien que la maltraitance ou les abus commis sur des enfants soient aujourd'hui mal vus et soient punis plus sévèrement, ils ne sont pas près de disparaître.

Notre thème principal vous éclairera donc sur le monde des enfants et ses différentes facettes. Le pédiatre Sepp Holtz nous montrera ainsi quels besoins particuliers les petits patients ont. Ensuite, nous nous intéresserons à la question de savoir s'il est possible d'obtenir un enfant sur mesure et de quelle manière les petits enfants doivent être encouragés dans leur développement. Un article consacré au groupe de protection de l'enfant ainsi qu'un reportage dans un home pour enfants nous feront connaître les aspects plus sombres de l'enfance. Et finalement, nous vous parlerons encore des médicaments pour les enfants ainsi que de l'enseignement scolaire dont bénéficient les enfants hospitalisés.

A la fin novembre, les délégués du Comité central se sont retrouvés comme prévu pour leur rencontre semestrielle. Outre les sujets concernant la politique de la santé, le CC s'est pour une fois penché sur une question structurelle: comment et dans quelle mesure les sections doivent-elles être organisées? Vous trouverez la réponse à cette question ainsi qu'un commentaire du président dans la partie politique. Dans cette partie, vous seront également présentés de nouveaux instruments visant à améliorer la formation postgraduée.

Comme vous tenez déjà le dernier numéro de l'année en cours entre vos mains, la deuxième partie du cahier contient comme toujours un aperçu de l'association, des sections, des organes et des organisations.

En guise de conclusion, j'aimerais, chères lectrices et chers lecteurs, vous remercier vivement de votre intérêt au nom de toute la rédaction du Journal ASMAC. Nous vous souhaitons de joyeuses fêtes de fin d'année et vous transmettons, à vous et à votre famille, nos meilleurs vœux pour la nouvelle année!

COMENTAIRE

Donner un visage à l'ASMAC

Christoph Bosshard, président de l'ASMAC

Nous aurions toutes les raisons d'être satisfaits: l'ASMAC est solide. Dans le domaine de la politique de la santé, l'ASMAC a conquis une position qui rend difficile de l'ignorer. Nous sommes représentés dans de nombreux organes et pouvons y faire valoir notre point de vue. L'effectif des membres demeure à un niveau élevé et stable, voire même croissant. La base financière est assurée et nous permet, grâce à une gestion parcimonieuse des fonds, aussi d'entreprendre des projets d'envergure. Alors tout baigne? Ou quand même pas?
Les phénomènes actuels comme l'individualisation, la société multi-optionnelle et la désolidarisation laissent aussi leurs traces dans notre association. C'est ainsi que les organes au niveau national et régional ont parfois de la peine à trouver des membres prêts à s'engager. Dans les petites sections, il est clair que c'est encore plus difficile de trouver des membres actifs. Il faut cependant bien préciser que ce n'est pas la faute des comités. Ils accomplissent un travail remarquable et nous ne pouvons que leur exprimer notre gratitude et notre respect. Et je n'aimerais pas non plus réprimander les membres. Pour de nombreux membres, l'ASMAC reste en effet anonyme. A part la facture annuelle et le «Journal», ils ne perçoivent guère l'association.
C'est ce que nous voulons changer. L'ASMAC doit avoir un visage dans toutes les sections. Ces tâches ne peuvent toutefois pas être accomplies par les comités déjà surchargés. C'est pourquoi, les sections auront à l'avenir l'obligation soit de mettre en place un bureau permanent, soit de s'affilier à un bureau permanent existant. Ceux-ci sont censés soutenir les comités et faire office d'interlocuteur pour tous les membres. En raison de l'autonomie des sections, il leur incombe en principe de trouver une forme adéquate pour la mise en œuvre. Il n'y a que certains standards minimaux qui sont prescrits.
Le Comité central a approuvé la proposition du Comité directeur et ainsi la mise en place de bureaux permanents dans les sections. Je suis reconnaissant que cette décision ait été prise. Car si la base n'a pas de lien étroit avec l'association, l'ASMAC ne pourra que difficilement remplir sa mission: travailler au service et dans l'intérêt des membres.

Plus de proximité avec les membres

A l'avenir, il est prévu que toutes les sections exploitent un bureau permanent ou soient affiliées à un tel bureau. C'est la plus importante décision prise par les délégués lors du Comité central (CC) du 21 novembre à Berne. En outre, ils ont également discuté de la question des DRG et donc du financement de la formation postgraduée.

Catherine Aeschbacher, rédactrice en chef du Journal ASMAC; photos: Marco Zanoni.

Le chœur masculin de Rüeggisberg est une association traditionnelle qui est fière de l'être. Depuis près de cent ans, les hommes du village y chantent en cœur. L'avenir n'est toutefois pas très réjouissant: la plupart des membres ont atteint l'âge de la retraite et la relève se fait attendre. Les partis, les associations de protection des animaux ou professionnelles sont toutes confrontées au même problème que le chœur masculin de Rüeggisberg – la baisse de l'effectif des membres. L'ASMAC ne se trouve heureusement pas dans cette situation, car l'effectif de ses membres augmente toujours encore. Ce qui unit cependant l'ASMAC à de nombreuses associations est la difficulté de motiver les membres à participer activement au travail de l'association et à siéger dans les organes. C'est d'une part un phénomène lié à

Nouveau membre du Comité directeur



Guillaume Favre, section de Genève

Guillaume Favre est médecin-assistant en pédopsychiatrie de liaison aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et délégué de l'ASMAC à l'AD FMH.

notre époque. Depuis un demi-siècle environ, la société s'est individualisée et l'appartenance aux différents groupes est devenue moins contraignante. Simultanément, les possibilités et offres permettant d'aménager ses loisirs selon ses envies ont fortement augmenté. Mais c'est d'autre part probablement aussi l'expression des progrès que l'ASMAC a réalisés ces dernières années, en particulier dans le domaine des conditions de travail. Même si le droit du travail n'est pas respecté partout de la même manière, les conditions se sont tout de même fortement améliorées presque partout. Il reste à voir si cela sera également le cas à l'avenir.

Lors d'une réunion stratégique le printemps passé a été discuté, outre d'autres sujets, le problème de la motivation des membres à s'impliquer. A la suite de cela a été élaboré un document qui a ensuite été discuté par le Comité directeur et au sein des sections. La solution envisagée est la suivante: il est prévu que toutes les sections exploitent un bureau permanent ou soient affiliées à un tel bureau. Les comités des sections bénéficieront ainsi



d'un soutien et seront notamment déchargés des tâches administratives. Les membres auront ainsi un interlocuteur à qui s'adresser qui assurera la continuité en cas de changements au sein des comités.

Lors de la session d'automne du 21 novembre à Berne, les délégués du Comité central ont donc statué sur cette proposition. Ils ont adopté la motion du Comité directeur et approuvé le principe (voir le commentaire du président). En conséquence, une modification des statuts a été décidée. Le point 5 des statuts sera donc complété comme suit: «Chaque section exploite un bureau permanent ou est affiliée à un tel bureau permanent.»

Une motion de la section Berne demandant que chaque section exploite son propre bureau permanent a été rejetée. La motion chargeant le Comité directeur de la définition des tâches d'une section a par contre été approuvée. Les délégués discuteront la proposition relative aux tâches lors du Comité central du printemps prochain.

Pétition déposée

En rapport avec l'introduction des DRG dans toute la Suisse, différentes associations professionnelles du domaine de la santé, dont l'ASMAC, ont lancé une pétition commune. Celle-ci était motivée par la crainte d'assister à une baisse de la qualité de l'approvisionnement avec l'introduction des forfaits par cas. Environ 30 000 signatures ont été récoltées. Elles ont été déposées à la Chancellerie fédérale le 1er décembre. La remise était accompagnée d'une action des associations professionnelles sur la place fédérale. Les parlementaires ont reçu une boîte de médicaments contenant, outre un bonbon, une notice sur laquelle étaient encore une fois récapitulées les principales exigences.

Les DRG ont également occupé les délégués du CC, notamment en ce qui concerne la question centrale du financement de la formation postgraduée. Le problème a été soulevé par la section de Bâle qui a constaté de nombreuses incertitudes dans le cadre d'entretiens avec les représentants cantonaux des hôpitaux. Rosmarie Glauser, secrétaire politique de l'ASMAC, a précisé que le financement de la formation postgraduée devait comme jusqu'à présent être assuré par les coûts d'intérêt général. Elle a toutefois admis que de nombreux points ne sont pas encore réglés et a en même temps rendu attentif à un autre problème: si le tarif de base (base rate) est fixé trop bas, de nombreux hôpitaux vont être soumis à de fortes pressions sur les coûts. Comme en Allemagne, cela conduira à une détérioration des conditions de travail, à du dumping salarial et dans le pire des cas à des licenciements. Ceux qui auront à en souffrir seront, outre le personnel, les patients qui subiront une détérioration de la qualité de l'approvisionnement. L'ASMAC va donc observer avec beaucoup d'attention l'introduction des DRG et suivre étroitement les objectifs de la pétition, aussi bien en ce qui concerne la formation postgraduée que les conditions de travail.

Soucis pour la relève et élections

Les rapports des sections ont permis de dégager trois points importants: la loi sur le travail et sa mise en œuvre occupe de nombreuses sections. Ce sont actuellement avant tout les conditions de travail des chefs de clinique qui font l'objet d'une attention particulière. La gestion des fonds du pool manque de transparence dans de nombreux établissements. Et pour finir, il y a de nombreuses sections qui se battent pour assurer la relève dans leurs comités.

Dans ce contexte, il est réjouissant que les délégués du CC aient élu Guillaume Favre comme représentant de la section de Genève au Comité directeur (voir encadré). Ont également été élus une déléguée ordinaire ainsi que plusieurs délégués suppléants à la Chambre médicale.

Plus d'argent pour le Journal

Le même jour a également eu lieu l'assemblée des délégués de MEDISERVICE VSAO-ASMAC. La réorientation de MEDISERVICE a certes été un succès, car elle a permis d'atteindre un nombre plus important de membres. En même temps, cette attitude plus offensive a aussi rencontré certaines oppositions. Les délégués ont ainsi approuvé la motion de la section St-Gall/Appenzell visant à interdire les actions de marketing téléphonique à l'avenir. La proposition demandant une augmentation de la cotisation de CHF 8.– pour une durée limitée à deux ans a été acceptée. Cela doit permettre de compenser la baisse des recettes publicitaires du «Journal ASMAC». Simultanément, l'organe de conduite en charge du Journal a été invité à élaborer, en collaboration avec l'association politique et MEDISERVICE ASMAC, des propositions pour assurer le financement du Journal à l'avenir. ❑

Démission au sein du Comité directeur



Notre collègue Joëlle Cornut quitte la Suisse et de ce fait le Comité directeur de l'ASMAC en direction de Haïti pour y mettre à disposition, dans des conditions inimaginables pour la plupart d'entre nous, son savoir médical en faveur des plus pauvres de notre planète. Nous lui tenons tous les pouces pour cette mission. Notre respect l'accompagne et en même temps aussi la fierté et l'espoir que l'ASMAC sera désormais également représentée dans cet endroit du globe. Chère Joëlle, au nom du Comité directeur et de la Présidence de l'ASMAC, je te remercie vivement pour les services rendus.

Christoph Bosshard, président



NOUVELLES DU DOMAINE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ

La liberté de contracter n'est encore pas enterrée

J'ai été très choquée en lisant dans les journaux après les vacances qu'à la surprise générale, la CSSS-N avait décidé, lors de sa séance du 27 août 2009, de supprimer l'obligation de contracter dans le cadre du paquet de mesures urgentes. Heureusement que le plénum a rejeté ce projet.

Rosmarie Glauser, secrétaire politique de l'ASMAC

Lors de sa dernière séance avant la session d'automne, la CSSS-N a approuvé par 13 voix contre 11 des dispositions transitoires explosives. Celles-ci prévoyaient que l'obligation de conclure des conventions avec tous les fournisseurs de prestations ambulatoires, à laquelle sont soumis les assureurs-maladie, ne serait maintenue qu'en 2010 et 2011 encore. Il était donc prévu d'instaurer la liberté de contracter à partir de 2012 – mais pour une année seulement en raison du lien avec la loi limitée dans le temps. La Commission souhaitait soutenir le Conseil fédéral qui avait déjà proposé un assouplissement de l'obligation de contracter en 2004, a déclaré le président de la Commission.

Ce n'est que de justesse, c'est-à-dire par 87 voix contre 80 que le Conseil national a rejeté cette proposition qui était soutenue par l'UDC et certains députés du PLR et du PDC.

Le paquet de mesures a été élaboré

Après un débat de huit heures lors de la session d'automne, le Conseil national a adopté le paquet de mesures visant à réduire les coûts dans l'assurance obligatoire des soins par 113 voix contre 58. Le paquet d'économies urgent doit entrer en vigueur au début 2010. Sa validité est limitée jusqu'en 2012.

Le Conseil national a supprimé la taxe de consultation de CHF 30.– proposée par le ministre de la santé Pascal Couchepin. Celle-ci aurait dû retenir les assurés de se rendre inutilement chez le médecin. Seul le PLR a soutenu cette taxe.

A titre d'alternative, le Conseil national a décidé l'introduction d'une quote-part différenciée. Cela doit permettre d'inciter les assurés à s'adresser en premier lieu au médecin de famille. **Les personnes qui s'adressent directement à un spécialiste ou à un service hospitalier ambulatoire paieront à l'avenir une quote-part de 20%. Les traitements chez les médecins de famille demeureront par contre soumis à une quote-part de 10%. Les patients envoyés par le médecin de famille chez le spécialiste ne paieront également qu'une quote-part de 10%.**

La Conseil national a par ailleurs adopté une proposition minoritaire du président de santésuisse, Claude Ruey (PLR/VD) et a refusé par 82 contre 74 voix d'octroyer aux cantons la compétence d'édicter des mandats de prestations pour le domaine ambulatoire des hôpitaux et de les contrôler.

En ce qui concerne la structure tarifaire, le Conseil national a accordé au Conseil fédéral de nouvelles compétences lui permettant de baisser les tarifs ambulatoires en cas de forte hausse des coûts. Il est par ailleurs prévu d'appliquer des valeurs de points-taxes uniformes pour les médecins en pratique privée et les services hospitaliers ambulatoires au sein d'un même canton (91 voix contre 88). **La différence entre les valeurs de points-taxes ne doit pas dépasser 10% au niveau suisse.**

Comme déjà expliqué dans le dernier numéro du «Journal», cette disposition conduit à des inégalités et à un nivellement vers le bas. Les prix seront adaptés, bien que les coûts varient d'une région à l'autre. Les frais de location d'un cabinet dans les villes de plus grande taille dépassent de bien plus que 10% ceux des régions rurales. A cela s'ajoutent les niveaux différents des salaires et des coûts de la vie.

En outre, le Conseil national a décidé que le médicament le plus avantageux devait être prescrit en cas d'efficacité égale, ce qui correspond dans les grandes lignes à la réglementation actuelle (111 contre 63 voix).

Le Conseil national s'est déclaré favorable à un service téléphonique gratuit et a approuvé une contribution de tous les assurés pour financer les frais de nourriture en cas de séjour hospitalier.

Le projet sera discuté par le Conseil des Etats lors de la session d'hiver 2009. Celui-ci souhaite également une mise en vigueur en 2010.

Le Conseil national a chargé le Conseil fédéral, contre la volonté de celui-ci, de lancer une réforme structurelle profonde du système de santé suisse. Le Conseil national a approuvé une motion correspondante du PS par 128 contre 25 voix. Il sera intéressant de voir quelles idées en résulteront.

Le Conseil des Etats a également traité des sujets du domaine de la politique de la santé. Il a ainsi chargé le Conseil fédéral de formuler le catalogue des prestations de l'assurance de base sous une forme positive et de le soumettre à un examen rigoureux basé sur les trois critères que sont l'efficacité, l'adéquation et l'économicité (critères EAE). Les nouvelles prestations proposées ne seront intégrées dans le catalogue que s'il peut être démontré de façon suffisante qu'elles constituent réellement un atout supplémentaire. Le Conseil des Etats a approuvé la motion par 17 voix contre 13. Elle sera maintenant discutée par le Conseil national.



Burkhalter suscite des espoirs

Le nouveau conseiller fédéral Didier Burkhalter a déclaré lors des premiers interviews qu'il saluait la promotion d'un approvisionnement intégré tel qu'il a maintenant été décidé par le Conseil national avec la quote-part différenciée. Ce modèle s'approche fortement du modèle de l'interlocuteur personnel de santé soutenu par l'ASMAC. Il reste à espérer que le modèle sera reconnu comme véritable alternative sensée à la liberté de contracter et à la clause du besoin. Cela permettrait aussi de répondre enfin à la pénurie de médecins, en particulier à la pénurie de médecins de premier recours.

L'OFSP approuve la fermeture d'hôpitaux

Thomas Zeltner, directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a déclaré peu avant son départ à la retraite qu'il existait 100 hôpitaux de trop en Suisse. Selon ses déclarations, on pourrait donc fermer un tiers des cliniques. Quant aux autres cliniques, elles devraient se spécialiser. Cet avis est également partagé par les économistes de la santé, les caisses-maladie, l'association H+ et bien d'autres protagonistes encore.
L'ASMAC n'est pas opposée à la fermeture ou au regroupement de certains hôpitaux et cliniques. On nous dit souvent que les petits hôpitaux ne sont pas capables de respecter la loi sur le travail et que les conditions de travail et de formation postgraduée y sont souvent mauvaises. Les aspects qualitatifs doivent également être pris en compte. Et il faut souligner que les petits hôpitaux ne sont pas forcément moins bons.
Dans toute cette histoire, il faut néanmoins tenir compte du fait que le nombre de patients ne va guère baisser à l'avenir. La durée de séjour est parfois réduite, mais le turn over plus élevé. Un nombre équivalent d'examens, d'entretiens, de traitements et d'autres prestations doit être effectué en moins de temps. Etant donné que les conditions de travail du personnel de la santé sont déjà difficiles aujourd'hui, il ne faut pas que les effectifs du personnel soient réduits avec la fermeture des hôpitaux, notamment pas ceux des médecins. L'ASMAC va s'engager en conséquence et suivre étroitement l'évolution de la chose. ❑

Les nouveaux instruments de la formation postgraduée

Des projets pilotes avec de nouveaux instruments pour compléter la formation médicale postgraduée sont en cours dans différents hôpitaux depuis trois ans. Il s'agit des Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise) et DOPS (Direct Observation of Procedural Skills). De quoi s'agit-il et que signifie leur introduction pour les médecins-assistants et chefs de clinique?

Raphael Stolz, vice-président de l'ASMAC, responsable du ressort Formation postgraduée



Un petit sondage de l'auteur dans son hôpital a produit un résultat clair: quasiment aucun des douze médecins-assistant(e)s ne connaissait la signification des abréviations «Mini-CEX» ou «DOPS». Un besoin urgent d'information semble donc exister, d'autant plus que l'introduction de ces outils d'évaluation doit être réalisée dans toute la Suisse d'après l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM).

Que signifient Mini-CEX et DOPS?

Dans le cadre de Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise) et DOPS (Direct Observation of Procedural Skills), le médecin-assistant est observé par un formateur dans le cadre de son travail clinique. Cette phase dure environ 15 minutes, l'assistant reçoit ensuite un feed-back constructif. L'observation est limitée à une activité décrite et est répétée avec d'autres formateurs dans des configurations les plus différentes possibles pendant la formation postgraduée. Mini-CEX focalise son attention sur les aspects communicatifs et sur l'examen clinique. DOPS se focalise sur les aptitudes manuelles et les interventions [1, 2]. Mini-CEX et DOPS ont été développés à partir de l'année 2000 aux Etats-Unis et introduits par l'American Board of Internal Medicine. Le Royal College of Physicians a mis en place ce système simultanément en Grande-Bretagne.

La structure pour garantir la qualité

Les changements actuels des conditions de travail des jeunes médecins en formation postgraduée mettent fortement sous pression le système traditionnel de formation postgraduée. Les réductions du temps de travail, une charge de travail administratif croissante et une pression accrue sur les coûts du personnel par l'introduction de nouveaux modèles tarifaires rendent obligatoire une meilleure exploitation des ressources. Car ce sont précisément les simples réductions du temps de travail qui présentent le danger d'une détérioration de la formation postgraduée, vu qu'on ne procède généralement pas à la réorganisation des déroulements de travail.

La compétence médicale est acquise par le travail clinique quotidien sur et avec les patients. Une réflexion personnelle sur les activités ainsi qu'un feed-back des collègues et experts favorisent le développement personnel et l'élargissement des compétences. Il n'y a toutefois pas seulement l'expérience qui est importante pour acquérir une compétence médicale, mais également une formation postgraduée de bonne qualité [4]. Si on veut éviter une détérioration durable de la qualité de l'activité médicale, il faut chercher et évaluer de nouvelles approches pour l'apprentissage et la formation postgraduée. Il faut également structurer et optimiser les déroulements traditionnels. L'importance d'une formation postgraduée clairement structurée et efficace ne saurait être suffisamment prise en considération [2, 3]. Car la compétence constitue finalement la base d'un traitement de haute qualité des patients [4].

Mini-CEX et DOPS sont de nouveaux procédés qui ont été spécialement développés pour la formation médicale postgraduée et qui correspondent dans une large mesure à l'idée d'une «formation postgraduée structurée».

Première étude suisse

Il n'existe jusqu'ici que peu d'informations pertinentes concernant l'acceptation de ces outils dans les cliniques de notre pays, étant donné que l'introduction se trouve encore dans la phase pilote en Suisse. Mini-CEX a été testé lors de premiers essais au département de médecine interne à l'hôpital cantonal de Lucerne, à l'hôpital cantonal des Grisons et à la clinique psychiatrique de Lucerne. L'hôpital universitaire de Bâle a également testé le DOPS en plus de Mini-CEX. L'Institut pour l'enseignement de la médecine de l'Université de Berne [1] était chargé de la direction et de l'évaluation du projet pilote.

On peut constater d'une manière générale qu'après des débats empreints d'un certain scepticisme, les instruments ont été considérés comme positifs, aussi bien par les médecins en formation que par les formateurs. Berendonk et al. ont enregistré une satisfaction élevée en ce qui concerne l'utilisation de Mini-CEX dans le cadre de leurs projets pilotes, toutefois avec de nettes différences entre les différentes cliniques. Et les auteurs ajoutent: «Malgré tout – et malgré des invitations répétées – de loin pas tous les médecins-assistants ont effectué régulièrement un Mini-CEX ou un DOPS…» [1]. Les résultats optimistes relatifs à la satisfaction

doivent donc être considérés avec une certaine prudence.

Créer une culture de discussion

Deux objectifs importants doivent être atteints avec Mini-CEX et DOPS:

- premièrement mieux structurer les processus d'apprentissage dans le traitement des patients par l'évaluation;
- et deuxièmement créer, par un feedback honnête et ouvert, une culture d'entreprise dans laquelle aussi bien les médecins en formation que les formateurs savent exactement où ils se situent et qu'ils sont en mesure de se le communiquer.

Il ne semble pas utopique de vouloir atteindre ces objectifs ambitieux [5].

Que signifie concrètement l'introduction pour les médecins-assistants et chefs de clinique? Réaliser de telles observations amène sans aucun doute une charge organisationnelle et de temps supplémentaire. Il est en même temps créé une situation d'examen. La peur de se trouver en mauvaise posture face au formateur peut inciter à appliquer des stratégies visant à empêcher de telles situations. C'est dans ce contexte que la capacité de communication des deux parties, c'est-à-dire celle du formateur et celle du médecin en formation, est requise. Ce n'est pas toujours facile pour les formateurs de donner une appréciation et de faire part de celle-ci de manière constructive. Et les médecins en formation ne sont pas toujours capables d'accepter la critique sans la considérer comme une attaque personnelle. Ces capacités ne peuvent pas être acquises à l'université. On constate souvent au quotidien en clinique les conséquences négatives d'attaques personnelles (présumées ou réelles).

C'est peut-être ici que se situe la principale opportunité pour les jeunes médecins. A savoir d'apprendre à communiquer de manière ouverte et honnête entre eux, à accepter leurs erreurs et leurs carences et d'en tirer des conclusions constructives pour leur apprentissage. Et pour atteindre cela, l'effort ne saurait être trop grand... ❑

Littérature

[1] Berendonk, C., Beyeler, C., Westkämper, R., Giger, M., Strukturiertes Feedback in der ärztlichen Weiterbildung: Mini-CEX und DOPS. SAEZ, 2008. 89(32): p. 1337–1339.

[2] Carr, S., The Foundation Programme assessment tools: an opportunity to enhance feedback to trainees? Postgrad Med J, 2006. 82(971): p. 576–579.

[3] Epstein, R.M., Assessment in medical education. N Engl J Med, 2007. 356(4): p. 387–396.

[4] Cassel, C.K., Quality of care and quality of training: a shared vision for internal medicine? Ann Intern Med, 2004. 140(11): p. 927–928.

[5] Weller, J.M., et al., Investigation of trainee and specialist reactions to the mini-Clinical Evaluation Exercise in anaesthesia: implications for implementation. Br J Anaesth, 2009.

L'enfant sur mesure – rêve ou réalité?

Intelligent comme un lauréat du Prix Nobel et beau comme une star de cinéma. Le rêve que poursuivent apparemment de nombreux parents – l'enfant parfait – reste une utopie. La situation est différente quand il s'agit de l'enfant en bonne santé. Dans ce domaine, la médecine de reproduction offre différentes options. Les questions éthiques et les réponses du législateur doivent être revues en permanence.

Sabina Gallati, Prof. Dr, département de génétique humaine, clinique pédiatrique universitaire, Hôpital de l'Ile, Berne



Les slogans comme «L'enfant sur mesure» sont fortement mis à contribution dans le débat relatif aux applications de la médecine de reproduction, notamment en rapport avec le diagnostic préimplantatoire (DPI). Ils donnent souvent une image non différenciée voire fausse des possibilités actuelles dans ce domaine.

L'origine des débats éthiques, politiques et spécifiques qui se tiennent dans le monde entier au sujet du clonage reproductif et thérapeutique, des cellules souches embryonnaires, de la recherche sur les embryons ainsi que sur la biopsie embryonnaire ou l'analyse des globules polaires (deux méthodes du DPI) sont à chercher dans le développement fulgurant de la médecine de reproduction. Celui-ci permet de proposer des traitements efficaces pour le problème croissant de l'infertilité dans les pays industrialisés, comme par exemple la fertilisation in vitro (FIV) et l'injection intracytoplasmatique de spermatozoïdes (ICSI).

Comme pour ces méthodes la fécondation et les premières divisions cellulaires se passent dans l'éprouvette, différentes questions sont rapidement apparues comme p. ex. «Que faire des embryons surnuméraires ou considérés comme non transférables?» ou «Est-ce que des défauts chromosomiques ou génétiques doivent et peuvent déjà être diagnostiqués au stade des huit cellules, c'est-à-dire avant l'implantation de l'embryon dans l'utérus?». Ces questions ont déclenché une dispute éthique et ainsi ouvert la porte à toutes les visions d'horreur possibles et imaginables. Simultanément s'est déclenché le débat autour de la législation y relative à mettre en place, qui doit d'une part permettre aux couples concernés de mettre à profit les possibilités médicales et diagnostiques et d'autre part encourager la recherche et empêcher des abus.

Une sélection est réalisable sous conditions

Quelles attentes sont donc liées à «l'enfant sur mesure»? Certainement ce qui est suggéré par cette expression, c'est-à-dire de créer un enfant «sur mesure» sur la base des possibilités de la médecine de reproduction et du génie génétique selon les désirs des parents. Si on considère que le phénotype humain ne dépend pas seulement des environ 20 000 à 25 000 gènes, mais de leur interaction, de facteurs épigénétiques (imprinting, interférence ARN, histones), de différents mécanismes d'épissage (sites alternatifs d'épissage, enhancer, silencer) ainsi que des facteurs environnementaux, on ne peut pas imaginer que tous ces déroulements déjà hautement complexes et encore bien plus complexes dans leurs interactions puissent être déterminés dans l'éprouvette selon notre bon vouloir.

S'il s'agit par contre de constater si un enfant à naître est porteur d'une aberration chromosomique ou d'une mutation génétique, qui cause une grave maladie mentale et/ou physique, cela est possible avec les méthodes actuelles du diagnostic préimplantatoire et prénatal. Cela signifie qu'une «sélection ciblée» est réalisable pour une question précise et que le diagnostic prénatal invasif (amniocentèse, choriocentèse) durant une grossesse est établi depuis des décennies.

Problèmes éthiques

La situation est différente pour le DPI qui a pour objectif de diagnostiquer une maladie génétique grave avant le début de la grossesse et de sélectionner l'embryon qui a les meilleures chances de grandir pendant la grossesse et de naître. Cela a déclenché une discussion éthique qui a

principalement trait au statut moral de l'embryon et aux intentions eugéniques, mais également au fait difficilement compréhensible et dans une certaine mesure contradictoire qu'une grossesse déjà en cours peut être interrompue sur la base d'un diagnostic prénatal, mais qu'un embryon in vitro ne peut pas être testé quant à la présence d'une mutation génétique ou chromosomique. En Suisse, cette discussion est actuellement en cours dans le cadre de la révision prévue de la loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA) qui, dans sa forme actuelle, interdit la biopsie embryonnaire comme méthode de DPI. La révision de la LPMA offre la possibilité de réviser et de modifier en conséquence des dispositions légales qui se sont entre-temps avérées inadéquates.
Sont désignés dans les médias comme «enfants sur mesure» les enfants qui sont testés après une FIV quant à leur constellation HLA et sélectionnés de manière à pouvoir sauver une sœur ou un frère atteint d'une maladie incurable, sur la base des cellules souches obtenues à partir du sang de cordon ombilical au moyen d'une transplantation de cellules souches. Cette application du DIP fait également l'objet de réserves éthiques, car on engendre un enfant pour obtenir un don de cellules souches et on le sélectionne comme embryon. Il est donc doublement instrumentalisé. Une typisation HLA d'un embryon en faveur d'une sœur ou d'un frère malade ne devrait être autorisée que si toutes les autres options thérapeutiques (don au sein de la famille, registre des donneurs de moelle osseuse, banque de sang de cordon ombilical) ont été épuisées.

Beau et intelligent

Les centres qui proposent des spermatozoïdes et ovules de donneurs sélectionnés (lauréats du Prix Nobel, scientifiques, sportifs de pointe, artistes, mannequins, etc.) semblent avoir une offre alléchante pour obtenir un enfant sur mesure. Et cela bien qu'on sache que durant la division méiotique, les chromosomes de la mère et du père peuvent être répartis dans 223 combinaisons différentes sur les cellules germinatives, sans parler des recombinaisons entre les chromosomes et des mutations génétiques spontanées. Cela semble donc plutôt sans espoir de vouloir déterminer à l'avance le phénotype d'un enfant selon le principe ci-après:
Marylin Monroe demande à Albert Einstein: «Ne serait-ce pas fabuleux si nous avions des enfants ensemble, intelligents comme vous et beaux comme moi?» Einstein répond: «Et que faisons-nous, si nos enfants sont intelligents comme vous et beaux comme moi…?» ❑



«On traite toujours un système»

Les enfants sont des patients particuliers. Suivant leur âge, ils requièrent une autre approche et ont des besoins différents. Sans oublier les parents, qu'il faut toujours prendre en compte pour le traitement. C'est pourquoi Sepp Holtz, pédiatre en pratique privée et chef de clinique enseignant à l'hôpital pédiatrique universitaire de Zurich, attache une grande importance à ce que les enfants et les parents vivent la consultation comme quelque chose de positif.

Iris I. Bachmann Holzinger, rédactrice du Journal ASMAC, s'est entretenue avec Sepp Holtz. Photos: Martin Guggisberg.

Le sujet de ce numéro s'intitule «Le monde des enfants». En quoi se différencie le monde des enfants de celui des adultes?

Une différence fondamentale réside dans la spontanéité! Trois mois avant l'ouverture de mon cabinet, j'ai été opéré d'un neurinome de l'acoustique. J'ai ensuite souffert d'une paralysie faciale unilatérale presque totale. Je n'étais pas sûr de la réaction des enfants – et des parents – à cette situation. Je me suis demandé s'ils voulaient consulter un médecin qui avait le visage de travers, en particulier lorsqu'il sourit. J'ai donc dû me faire un peu violence pour me rendre malgré tout à mon cabinet. Quand les enfants venaient à ma consultation, ils me demandaient spontanément: «Pourquoi fais-tu une telle grimace?» Je leur ai expliqué la situation, ce qui a tout de suite résolu le problème.

Pourquoi as-tu choisi de devenir pédiatre?

Je voulais faire quelque chose avec des enfants. Les raisons qui ont orienté mon choix vers la médecine pédiatrique sont nombreuses. J'aurais tout aussi bien pu devenir maître d'école maternelle. Je crois que j'ai le contact très direct avec les enfants, je comprends et sens bien dans quel état ils se trouvent. Et je n'ai pas de difficultés à les classer dans un âge de développement. J'ai découvert ces aptitudes déjà très tôt.

Est-ce que les enfants sont vraiment des patients particuliers?

Oui! En raison de l'âge de développement. Qu'il s'agisse de nourrissons ou d'adolescents: il faut aborder les enfants en fonction de leur âge de développement. Le médecin doit donc toujours réfléchir préalablement à l'accès qui correspond le mieux à chaque patient. Celui qui veut coucher de manière répétée un enfant d'un an en bonne santé pour l'examiner manque probablement de connaissances. Mais ce médecin manque également d'intuition.

Qu'est-ce qui caractérise ton quotidien professionnel?

Normalement, je vois environ 20 patients par jour, parfois 30 à 35 patients dans des jours très chargés. J'essaie à chaque consultation d'avoir une «véritable» rencontre avec le patient et ses parents. Je n'aimerais pas que les enfants viennent seulement vite pour un contrôle ou pour une vaccination. Il m'importe que les enfants retirent quelque chose de positif de leur visite dans mon cabinet. C'est ce que je considère comme de la médecine de bonne qualité. Peut-être avec pour inconvénient que les enfants aiment aller chez le médecin *(il rit)*.

Quel rôle les parents jouent-ils dans la médecine pédiatrique?

On traite toujours un système et pas seulement le patient de manière isolée. Je me considère comme intermédiaire entre l'enfant et ses parents. L'art consiste à créer une situation «Fit» (une situation favorable). Le concept «Fit»[1] tente d'établir une concordance entre les capacités et les possibilités de l'enfant et les attentes des parents. J'essaie de me placer dans l'optique de l'enfant et de trouver une concordance pour ce système enfant-parents. Une mauvaise pédiatrie bricole avec les enfants et tente de les adapter. Bien sûr qu'il est plus simple d'imposer une situation à un enfant que de changer l'environnement.

Je prends toujours plus conscience que le pédiatre fait figure d'exemple dans son comportement avec les enfants. Chez un

[1] Das Zürcher Fit-Konzept, Remo H. Largo und Oskar G. Jenni. «Familiendynamik». 2005; 30(2): 111–127.

médecin généraliste, la manière du médecin de traiter le patient a probablement moins d'influence sur la façon dont le patient traitera plus tard ses semblables. Cela est différent dans la pratique pédiatrique. Les parents observent très exactement notre comportement vis-à-vis des enfants et reprennent en partie nos modes de comportement. Le fait de faire figure d'exemple montre qu'un pédiatre endosse une grande responsabilité qui va au-delà du traitement médical.

Est-ce qu'il existe des «parents difficiles»?

Certainement que cela existe, mais ils représentent une minorité. L'art de gérer l'entretien réside dans le fait d'apprécier à sa juste valeur la souffrance de l'enfant et des parents et de travailler sur cette base. Cela permet de les ouvrir à la coopération. A cela vient s'ajouter qu'il y a un nombre croissant de familles qui se trouvent dans des situations de détresse. Je ne pense pas seulement aux finances, mais également à l'isolement. La famille nombreuse qui se soutient mutuellement n'existe pratiquement plus au sein de la population urbaine et bien helvétique. Dans la petite famille, les parents sont souvent laissés entièrement à eux-mêmes. Ce sont ces parents qui sont à mes yeux des «parents difficiles».

Que fais-tu, si le bien de l'enfant et la décision des parents ne concordent pas?

Premièrement, je tente de comprendre les parents. Ce sont souvent des circonstances externes ou le surmenage qui conduisent à de telles situations. Car je ne connais pas de parents qui ne sont pas en premier lieu bien intentionnés vis-à-vis de leurs enfants. Dans une deuxième étape, je tente de faciliter les choses pour ces parents. Si je constate que le bien de l'enfant est malgré tout gravement en péril, je peux faire appel à mon réseau, comme par exemple au groupe de protection de l'enfant. La plus grave erreur est de vouloir régler la situation de son propre chef. J'ai cependant aussi déjà dû procéder à des dénonciations, parce qu'il n'y avait pas d'autre option. Cela m'a fait perdre ces enfants comme patients. Je ne suis alors pas parvenu à faire comprendre aux parents qu'il s'agissait du bien-être de l'enfant et non pas de salir leur réputation auprès de l'autorité tutélaire. C'est pourquoi c'est généralement une institution comme l'hôpital qui se charge de la dénonciation afin que je puisse rester l'interlocuteur de l'enfant et des parents.

Qu'est-ce qui différencie ton cabinet par rapport à d'autres?

J'ai un cabinet de formation. Les assistantes et assistants de l'hôpital pédiatrique apprennent chez moi pendant neuf mois la pratique au cabinet dans le cadre d'une rotation. Il y a des parents qui n'acceptent pas que les consultations sont effectuées par différents médecins et qu'ils ne sont pas toujours pris en charge par mes soins. Ces parents préfèrent alors s'adresser à un autre cabinet. Ma clientèle sait et apprécie par contre le fait de bénéficier d'une prise en charge complète et réfléchie dans mon cabinet. C'est principalement dans le domaine de la prévention que cela est important.

Qu'est-ce que tu aimes particulièrement dans ta profession?

Les surprises: tu ne sais jamais ce qui t'attend. Et malgré tout, je peux aménager mes consultations comme bon me semble. Bien sûr que cela ne serait pas possible sans mes assistantes médicales. Elles savent exactement comment je veux travailler et me disent à quel moment je ne dois plus accepter de nouveaux patients.

Qu'est-ce qui te dérange dans ton quotidien professionnel?

Le travail administratif qui prend de plus en plus d'ampleur me dérange. Et je n'apprécie pas non plus de devoir collaborer avec des collègues qui agissent à contre-sens. Je ne pense pas en premier lieu aux médecins, mais à d'autres professionnels qui travaillent avec des enfants. Et finalement, c'est l'attitude exigeante qui me dérange. Tout doit être vite réglé, tout doit toujours être parfait.

Est-ce que tu veux par là dire les exigences des parents?

Oui. Les exigences augmentent et on s'attend souvent à une guérison rapide. Et d'un autre côté, je remarque une progression d'une attitude consommatrice et la tendance à rejeter la responsabilité sur des tiers.

Si tu pouvais encore une fois choisir, est-ce que tu choisirais à nouveau de devenir pédiatre?

Oui, très certainement. Aujourd'hui, je fais exactement ce qui correspond à mes aptitudes et à ce que je voulais faire depuis toujours. Et je peux pleinement mettre à profit mes capacités d'enseignant au quotidien. Cela notamment parce que j'ai un cabinet de formation et que je suis depuis quelques années enseignant clinique en pédiatrie du développement à l'Université de Zurich.

Quelles sont à ton avis les trois principales recommandations pour les futurs pédiatres?

Il faut différencier entre le pédiatre à l'hôpital et celui en cabinet privé. Je dirais à un futur pédiatre en cabinet qu'il doit avoir du plaisir à accompagner les familles dans leur environnement. Je veux dire par là, le plaisir à s'occuper de systèmes en bonne santé, car on accompagne de nombreux enfants en bonne santé dans le cadre de la prévention. Celui qui s'oriente plus vers les pathologies ne sera pas très heureux dans un cabinet de pédiatrie générale. Il faut également éprouver un réel intérêt pour l'enfant. Et ce que je recommande pour finir, c'est d'effectuer un assistanat en cabinet. Seul celui qui a travaillé dans un cabinet saura si ce travail correspond à ses attentes. ❑



Informations sur la personne

Sepp Holtz est médecin spécialiste FMH en pédiatrie. Son cabinet, qu'il a ouvert en 1993 à Zurich Wollishofen, est depuis 2001 un cabinet de formation dans lequel des assistants de l'hôpital universitaire pédiatrique sont formés. Sepp Holtz est pédiatre du développement et a été nommé en 2007 enseignant clinique de l'Université de Zurich. Il possède en outre une attestation de formation complémentaire en psychothérapie déléguée et en hypnose médicale.

Plus qu'un simple jeu d'enfant

Qu'il s'agisse de construire des tours avec des plots ou de creuser des trous dans de la purée de pommes de terre: le comportement en situation de jeu est un miroir du développement de l'enfant. Jouer signifie aussi apprendre. Celui qui veut stimuler les enfants ne doit pas avoir des buts préétablis, mais doit tenir compte du niveau de développement d'un enfant et finalement soutenir l'enfant dans son jeu spontané.

Oskar Jenni, médecin adjoint et responsable du département de pédiatrie du développement, cliniques pédiatriques universitaires de Zurich



Presque tout ce que les enfants voient, entendent, sentent et tiennent dans les mains se transforme en jeu. Les enfants empilent des verres sur la table du déjeuner, construisent avec plaisir des montagnes et des vallées dans la purée de pommes de terre, font des grimaces devant le miroir, colorent des murs avec de la craie, lancent des pierres dans un conduit d'écoulement des eaux ou marchent avec joie sur un mur étroit. Le comportement en situation de jeu reflète la confrontation des enfants avec leur environnement. Les enfants veulent découvrir et comprendre leur environnement, faire connaissance avec son fonctionnement et se familiariser avec des choses inconnues. Pour le dire plus simplement: les enfants apprennent en jouant. L'apprentissage du jeu dans la petite enfance ne sert cependant pas seulement à élargir les connaissances. Il ne peut pas être placé au même niveau que l'apprentissage de l'enfant scolarisé ou de l'adulte, car il se manifeste par des actions sans but évident. Cela ne signifie pas que le jeu de la petite enfance n'a pas de sens. L'enfant intériorise par le jeu la fonction des objets et les caractéristiques de l'environnement et apprend en même temps en jouant les compétences quotidiennes nécessaires.

Les connaissances relatives au jeu de la petite enfance sont importantes à la fois pour les parents et pour les spécialistes. Elles nous permettent d'aménager l'environnement en fonction de l'enfant, de nous en occuper de façon adéquate et d'évaluer le niveau de développement d'un enfant. Car le comportement en situation de jeu pendant la petite enfance est un véritable miroir du développement cognitif de l'enfant. L'observation du jeu de l'enfant nous renseigne sur le niveau actuel de la pensée et des aptitudes d'un enfant. La manière dont s'occupe un enfant nous montre quelles sont ses représentations en termes d'organisation spatiale, de catégorisation ou de compétences sociales. Le jeu structuré est donc un élément important du diagnostic du développement qui est réalisé à l'hôpital ou au cabinet médical.

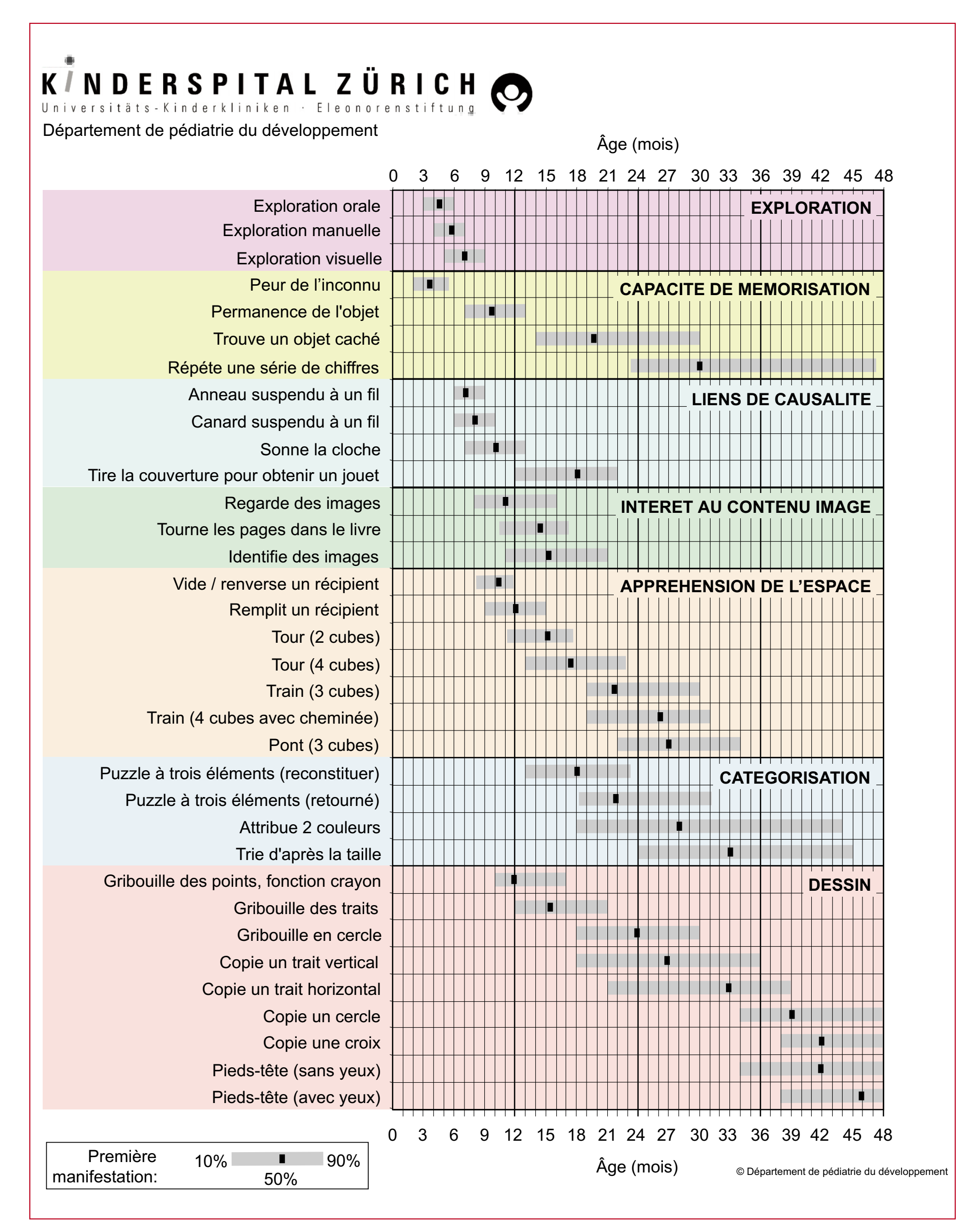
Caractéristiques du jeu de la petite enfance

Chaque enfant commence à l'âge de 2 ans à gribouiller, à l'âge de 3 ans à

reproduire des traits et à l'âge de 4 ans à dessiner des figures. Ces étapes du développement sont les mêmes pour chaque enfant. Il existe cependant une grande variabilité en ce qui concerne la première manifestation d'une acquisition. C'est ainsi que de nombreux enfants sont déjà en mesure de reproduire une croix à l'âge de 27 mois, d'autres par contre seulement à 45 mois.

L'illustration montre un aperçu relatif à la première manifestation d'acquisitions du développement pendant les quatre premières années de vie. L'aperçu résume des résultats d'une série d'études de ces 40 dernières années (comme par exemple des études longitudinales zurichoises de Remo Largo, des Bayley Scales of Infant Development II, des échelles de Griffith ou du test de développement SON-Y).

Le domaine d'âge durant lequel les enfants en bonne santé franchissent pour la première fois une étape décisive est large et s'étend dans de nombreux cas sur une période de 8 à 12 mois, voire plus.



Première manifestation d'une acquisition du développement durant les quatre premières années de vie (résumé de différentes études). Est représentée la première manifestation d'un comportement (moyenne de tous les enfants: quadrilatère noir, P50) et les limites d'âge (barre grise), dans lesquelles se situent 80 % de tous les enfants (P90 = 90e percentile et P10 = 10e percentile). Les comportements de jeu suivants sont résumés: exploration, capacité de perception, liens de causalité, reconnaissance d'images, appréhension de l'espace, catégorisation et dessin. Le jeu avec des contenus symboliques ou sociaux n'est pas mentionné ici.

Comportement en situation de jeu et développement intellectuel ultérieur d'un enfant

La valeur prédictive du jeu de la petite enfance est relativement faible. Il n'existe qu'une faible relation entre le niveau du développement du jeu d'un petit enfant et l'intelligence à l'âge scolaire. Chez les enfants à risque (par exemple les prématurés ou les enfants atteints de maladies chroniques), le pronostic semble toutefois être plus sûr. Plus un retard du développement dans la prime enfance est marqué, plus grande est la probabilité de le retrouver ultérieurement. Il y a deux raisons qui expliquent pourquoi l'évaluation précoce du développement par le jeu est imprécise pour un pronostic ultérieur: la procédure diagnostique du développement (par exemple les capacités cognitives d'un enfant) se fonde durant les premières années de vie principalement sur les aptitudes motrices. Le développement mental durant les premières années de vie est très variable et peut donc être déterminé avec moins de précision qu'ultérieurement.

Question clé: comment stimuler l'enfant?

Comment peut-on encourager le jeu et par là le développement du petit enfant? Ce ne sont pas seulement les parents qui souhaitent que leur enfant connaisse un développement favorable afin qu'il surmonte avec succès les difficultés de la vie, mais également la société. Les demandes pour un soutien à la formation dans la prime enfance se font de plus en plus entendre. Là derrière se cache en partie l'idée que le cerveau de l'enfant est malléable ou – pour utiliser un terme neuroscientifique – présente une plasticité et qu'il apprend tout, à condition que cela soit présenté sous une forme adéquate. Une telle vision explique les cas de déficit développemental primaires liés à une carence de stimulation. Cela suppose également que l'enfant est moins un acteur doté d'une motivation propre qui agit dans son environnement, mais que son

développement peut bien plus être encouragé de l'extérieur. En d'autres termes: les enfants doivent être encouragés de manière «ciblée» et les spécialistes en connaissent le but.

Un jeu que l'enfant choisit lui-même est un jeu important pour son développement. L'enfant est le plus apte à savoir ce qui l'intéresse et ce qu'il sait faire. Il choisit des activités et tâches qu'il est capable d'accomplir et connaît ainsi une réussite qui renforce sa confiance en lui et qui lui donne une motivation durable pour continuer à appréhender activement son environnement. Il n'est pas possible d'apprendre à l'enfant à construire une tour avec des plots. La construction de la tour sera une réussite pour l'enfant lorsqu'il parviendra à la réaliser de sa propre initiative et dans le cadre d'un jeu choisi par lui-même. Cette action autodéterminée de l'enfant doit être le point de départ pour des propositions d'encouragement. Si l'enfant rejette une idée d'encouragement, il faut partir du principe que l'offre – même si elle a été bien pensée – passe à côté des intérêts, des possibilités et des particularités de l'enfant. Quel rôle jouons-nous en tant qu'adultes? Nous devons accorder du temps et de l'espace à l'enfant pour ses idées spontanées et devons éviter d'avoir des objectifs définis sur la base de modèles de développement théoriques. Nous avons besoin de connaissances sur le développement du jeu de l'enfant et devons faire en sorte que le matériel de jeu proposé soit adapté au niveau de développement d'un enfant. Il est regrettable de constater que, dans notre société, est propagée l'idée qu'une stimulation précoce des apprentissages garantira un avantage plus tard dans la vie. Il nous incombe en tant que spécialistes de remettre en question cette idée et d'expliquer de quelle manière doit être aménagé un encouragement précoce adéquat. L'encouragement à l'âge préscolaire doit obligatoirement s'orienter selon l'enfant et son niveau de développement. ❑

Formation approfondie en pédiatrie du développement comme complément au titre de spécialiste en pédiatrie FMH

La formation approfondie en pédiatrie du développement a été acceptée par la FMH comme 10e formation approfondie en pédiatrie. La spécialité correspond dans une large mesure à la pédiatrie sociale en Allemagne et à la pédiatrie du développement aux Etats-Unis.

La pédiatrie du développement est divisée en deux parties: (1) *La pédiatrie du développement généraliste* constitue une grande partie de la tâche du pédiatre et comprend les examens de dépistage précoce pour la détection d'enfants présentant des troubles du développement ainsi que l'évaluation, le traitement et le conseil d'enfants présentant des variantes du développement et du comportement. (2) *La pédiatrie du développement spécialisée* garantit, en tant que sous-spécialité pédiatrique, un bilan médical complet pour les troubles complexes du développement et du comportement, un diagnostic approfondi (en collaboration avec les spécialistes en génétique, neuropédiatrie, endocrinologie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) ainsi que la coordination de mesures médico-thérapeutiques et de pédagogie spécialisée. La pédiatrie du développement assure en outre le suivi d'enfants présentant des risques développementaux (par exemple les enfants nés prématurément) dans les centres de pédiatrie du développement.

Les porteurs d'un titre de formation approfondie en pédiatrie du développement assurent la formation postgraduée des futurs médecins spécialistes en pédiatrie en Suisse. La formation postgraduée dans ce domaine central de la pédiatrie revêt une importance toute particulière. Il ne s'agit pas de transmettre des connaissances d'une sous-spécialité pédiatrique, mais d'acquérir les aptitudes de base caractéristiques de la pédiatrie qui permettent de la distinguer de la médecine des adultes en tant que spécialité à part entière. Il est en effet indispensable que les pédiatres et cliniciens disposent de connaissances approfondies du développement normal et anormal de l'enfant pour assurer une prise en charge complète de l'enfant et de son environnement.

Etre à la maison sans être chez soi

Autrefois, c'étaient principalement les orphelins qui vivaient dans des homes pour enfants. Aujourd'hui ce sont le plus souvent des enfants qui sortent de familles qui n'assurent pas ou ne parviennent pas à assurer leur éducation. Comme par exemple les 24 enfants qui vivent dans le home pour enfants «Schoren» près de Langenthal. Outre une structure journalière, ils bénéficient aussi d'un environnement qui leur permet de connaître un développement normal.

Catherine Aeschbacher, rédactrice en chef du Journal ASMAC. Photos: Marco Zanoni.

Le menu d'aujourd'hui: spaghetti bolognaise, salade et ensuite mousse au chocolat; le plat préféré d'anniversaire. Vanessa aura neuf ans et a donc pu choisir le menu. Sa place est décorée et la fête aura lieu cet après-midi. Une situation qu'on connaît dans des milliers d'autres familles. Mais Vanessa ne fête pas son anniversaire à la maison, mais au home pour enfants Schoren près de Langenthal où elle vit avec son frère aîné, et avec 24 enfants âgés de 4 à 16 ans. Ils se répartissent en trois groupes de logement et constituent en quelque sorte le noyau dur du home qui propose encore bien d'autres prestations.

Ce sont des enfants sortant de milieux difficiles qui viennent vivre dans la maison située à la périphérie de Langenthal. Le placement au home a généralement été précédé de drames de natures très diverses: séparations, divorces, addiction, maladies psychiques, détention ou tout simplement incapacité d'assurer l'éducation. Parfois, les enfants ont aussi été maltraités par les parents ou le père ou la mère, ou ont été victimes d'abus. «Ce ne sont pas nos enfants qui ont des problèmes, mais les parents», insiste Fred Dietrich, qui dirige avec sa femme Béatrice le home depuis plus de trente ans. Il ne cache pas que les problèmes des parents deviennent souvent une lourde charge pour les enfants. «La plupart des enfants qui se rendent chez nous portent un ‹sac à dos› assez lourd sur eux. Ils n'ont plus d'estime de soi et doivent à nouveau apprendre à avoir confiance en eux et dans leur environnement», estime Fred Dietrich.

Ecole publique

Ce sac à dos ne doit tout de même pas être trop lourd pour qu'un enfant soit admis au home Schoren. La condition est que les enfants puissent suivre les écoles sur place. Les enfants présentant des troubles sévères du comportement doivent être envoyés dans d'autres institutions. La scolarisation à l'extérieur est un avantage: «Si déjà l'enfant doit quitter son milieu familial, il peut au moins rester dans son ancienne école et ne perd pas en plus encore ses amis», déclare Fred Dietrich. On attache d'une manière générale beaucoup d'importance à un lien étroit avec la commune. Les enfants peuvent inviter des camarades d'école à dîner au home et sont priés de participer activement à la vie associative locale. Dans le meilleur des cas, la camaraderie permet à l'enfant d'avoir une famille de substitution qui lui permet de temps à autre de passer un week-end à ski ou d'effectuer une excursion.

Fred Dietrich admet que la barrière de la «scolarité normale» conduit à une sélection: «Trois quarts de nos enfants représentent un véritable succès pour nous, parce qu'il ne viennent pas chez nous avec un passé trop lourd.» Mais les déficits restent importants, ce sont souvent des choses basiques qui manquent. De nombreux enfants ne connaissaient ni repas en commun ni journée réglée avant leur arrivée au home. Alors qu'à midi tous les enfants mangent ensemble avec toutes les personnes en charge du suivi, le matin et le soir, les repas sont pris au sein des groupes. Chaque groupe dispose ainsi de sa propre cuisine, d'une salle à manger et d'un salon. Ce sont les enfants qui sont à tour de rôle responsables du repas du soir. Les enfants apprennent ainsi – avec le soutien des animateurs – à planifier eux-mêmes un repas, à effectuer des achats et à préparer un repas. Suivant leur âge, les enfants gagnent en autonomie et s'occupent seuls de certaines tâches.

Jusqu'à la fin de l'apprentissage

Contrairement à d'autres homes, les groupes au Schoren sont mélangés entre garçons et filles de tous âges. Cela permet aux frères et sœurs de rester si possible ensemble. Les enfants sont admis à partir de l'âge de deux ans, dans des cas urgents aussi avant. Les enfants restent souvent pendant de nombreuses années au home. Après la fin de la 9e année scolaire, la sortie du home devrait théoriquement avoir lieu, ce qui est cependant souvent illusoire. Les enfants ne peuvent en effet pas retourner dans leur famille ou vivre de manière autonome à l'âge de 16 ans. C'est pourquoi l'appartement du couple Dietrich dans le bâtiment annexe a été transformé de manière à pouvoir recevoir un groupe d'adolescents. Cela leur permet d'accomplir leur formation avec une certaine autonomie tout en étant suivis et surveillés.

Les enfants vivant dans un home n'ont d'ailleurs pas plus de difficultés à trouver une place d'apprentissage que d'autres enfants. La place de formation est cependant parfois accordée à la condition que les candidats restent au home. Car ceci garantit un déroulement régulier de l'apprentissage. «Nos enfants ne sont pas stigmatisés du fait qu'ils vivent au home», souligne Fred Dietrich. Cela est notamment dû à la bonne intégration dans la commune. Les enfants, par contre, considèrent souvent leur situation comme difficile. Par exemple lorsque leurs camarades de classe racontent ce qu'ils ont vécu en vacances. «Un enfant a été au bord de la mer avec ses parents, l'autre dans les montagnes et nos enfants n'ont peut-être que vécu du stress et des conflits chez eux.»

Maison parentale et home

Un grand défi représente la collaboration avec les parents. Il n'y a que de très rares cas dans lesquels les parents contactent le home de leur propre initiative. L'admission s'effectue généralement sur décision



des autorités compétentes. Autrefois, les enfants étaient assez vite placés dans des homes, aujourd'hui cela constitue la mesure ultime. Si un avis de détresse est émis, on procède d'abord à l'évaluation de toutes les autres options comme l'accompagnement de la famille, les familles d'accueil, etc. C'est pourquoi le home pour enfants Schoren dispose aussi de places d'accueil de jour qui offrent une structure normale aux enfants en situation difficile. A cela s'ajoutent des places d'urgence pour les enfants qui doivent immédiatement être sortis de leur environnement familial. Le fait que ce soit justement pour ces places que nous avons une liste d'attente montre la situation dramatique dans laquelle nous nous trouvons.

Fred Dietrich est par contre sceptique au sujet de la tendance actuelle à vouloir renvoyer le plus vite possible les enfants dans leurs familles. Son expérience de plus de trente ans montre que les enfants ont avant tout besoin de structures fixes et de sécurité. Une situation instable est dommageable à leur développement. «Les parents souhaitent certes généralement le meilleur pour leurs enfants, mais leurs désirs ne sont souvent pas les meilleurs pour eux», fait-il remarquer. Déjà après une ou deux semaines de vacances, les enfants reviennent au home et présentent des troubles. La consommation télévisuelle sauvage n'est qu'un facteur qui laisse des traces. Les enfants apprécient la liberté apparente chez eux, notamment lorsque les parents la citent comme avantage par rapport au home. «Papa dit aussi que je ne dois pas aller si tôt au lit», est un des nombreux exemples illustrant la situation. Trouver l'équilibre sans dénigrer la maison parentale n'est donc pas toujours facile. Il faut ainsi régler individuellement pour chaque enfant les horaires de visite et d'une manière générale le contact avec les parents. «La plupart des enfants préféreraient sans aucun doute être à la maison plutôt qu'au home. Même les enfants qui sont maltraités aiment leurs parents», constate Dietrich.

Le repas de midi est entre-temps terminé, les enfants retournent dans leur chambre. Pour se brosser les dents, faire les devoirs. Certains se rendent à l'entraînement au club de sport, d'autres ont rendez-vous avec des amis. Et un enfant reçoit la visite de sa mère. Ainsi se déroule un mercredi après-midi tout à fait normal pour les enfants du home Schoren. ❑

Pour de plus amples informations: www.kinderheim-schoren.ch

De grands efforts pour les petits

Les enfants malades ont besoin de médicaments au même titre que les adultes malades. Cependant, les défis sont bien plus importants que pour les adultes en ce qui concerne le développement et la remise de médicaments aux enfants. Le développement de l'organisme de l'enfant est extrêmement complexe. La recherche préclinique et clinique sur l'enfant doit en tenir compte. Des efforts interdisciplinaires sont indispensables.

Klaus Rose, Head Pediatrics, F. Hoffmann-La Roche, Bâle

Le traitement médicamenteux d'enfants n'a encore jamais fait l'objet d'autant d'attention du public qu'aujourd'hui. Si on veut comprendre le pourquoi, il convient alors de faire un petit retour sur le passé. Le premier professeur ordinaire de pédiatrie de langue allemande a été nommé en 1895 à la Charité de Berlin. C'est au même moment qu'on a commencé à fabriquer les premiers médicaments modernes. A l'époque encore par «l'industrie chimique». L'introduction de «pediatric disclaimers» – les mises en garde du fabricant indiquant que le médicament n'a pas été testé sur des enfants – s'est faite aux Etats-Unis dans les années 1960 avec la mise en place d'une obligation de prouver la sécurité et l'efficacité par des études non cliniques et cliniques. La mise sur le marché de labels modernes coïncidait ainsi avec le début de l'usage hors étiquette de ces médicaments chez les enfants.[1]

L'expérimentation sur les enfants a longtemps été considérée avec scepticisme. Les crimes commis par les nazis ont eu un effet dissuasif, notamment les expérimentations sur les jumeaux par Mengele ou les expériences pratiquées aux Etats-Unis, comme par exemple la contamination intentionnelle d'enfants handicapés mentaux avec le virus de l'hépatite et encore bien d'autres. L'interprétation stricte de la première version de la déclaration d'Helsinki n'autorisait aucune recherche sur les enfants. Longtemps a dominé l'idée que les enfants devaient être protégés contre toute recherche. Cette vision évolue lentement. Aujourd'hui, on considère également comme non éthique de préserver les enfants d'une recherche qui pourrait potentiellement leur donner accès à un meilleur traitement.

Les progrès de l'oncologie pédiatrique constituent un des plus grands succès de la recherche médicale au 20e siècle. Les médicaments chimiothérapeutiques ont été développés dans les années 1940/50. Au début, on faisait preuve d'une grande prudence avec les enfants. La recherche clinique systématique, avec des posologies et des associations avec d'autres médicaments, avec la radiothérapie et la chirurgie, a conduit à une baisse dramatique du taux de mortalité. Il y a 50 ans, le diagnostic d'une leucémie chez l'enfant équivalait quasiment à une condamnation à mort. Aujourd'hui, environ 90% des enfants touchés survivent. Dans de nombreux autres domaines aussi, le traitement médical des enfants a connu une révolution durant ces dernières décennies, notamment dans le domaine de la chirurgie cardiaque, pour le développement de vaccins ou pour la correction de la position des dents.

Une discipline autonome

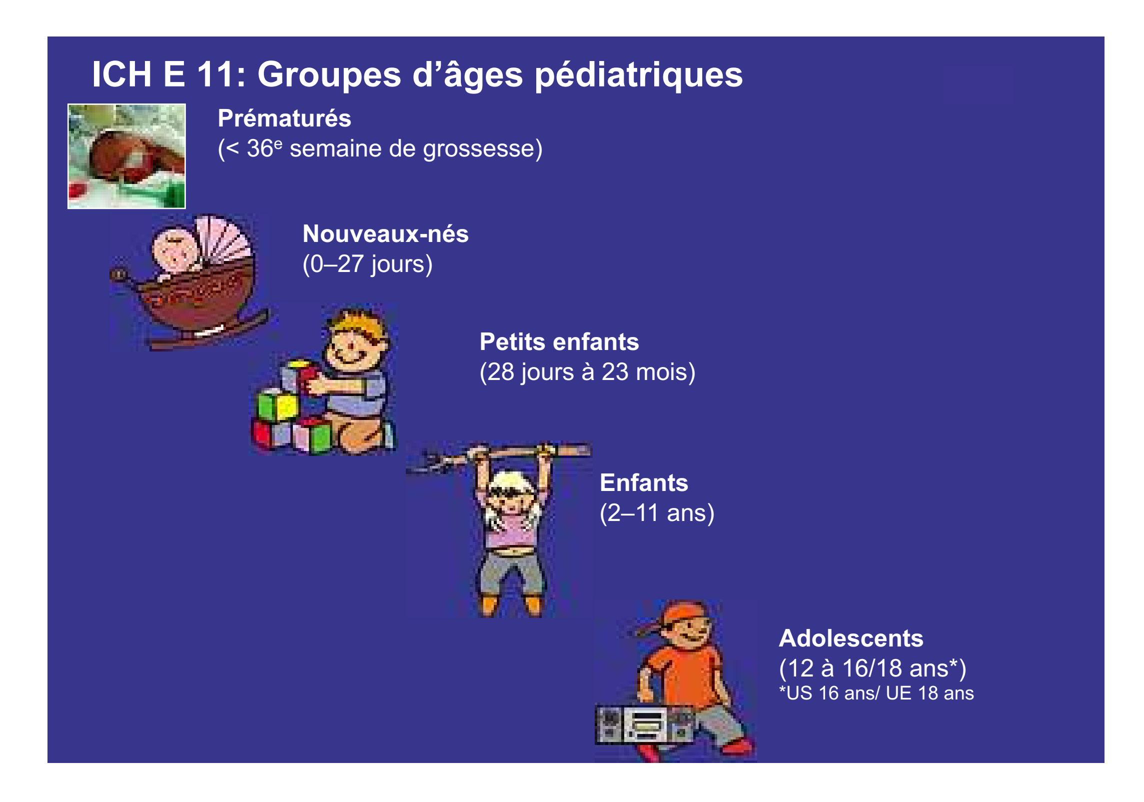
La pharmacologie clinique pédiatrique est devenue une discipline académique autonome. A l'hôpital, les formes galéniques nécessaires sont souvent mises à disposition par une reformulation. Une autre tâche consiste à conseiller les médecins traitants pour la posologie pour les enfants. Au niveau académique, la maturation de l'organisme de l'enfant a fait et fait toujours encore l'objet d'une recherche systématique. Un moment décisif a été atteint avec la publication de Kearns relative à la pharmacologie du développement de 2003.[2] Il existe deux sociétés spécialisées dans le domaine de la pharmacologie du développement.[3, 4] Les organes et les processus qui sont à la base de l'absorption, de la distribution, de la métabolisation et de l'excrétion (ADME) de médicaments dans le corps de l'enfant, sont soumis à des processus de maturation. Ces processus ne sont toutefois pas parallèles. Si les médicaments sont dosés, comme par le passé, mécaniquement par kilogramme et m^2 de surface corporelle, on s'expose au risque de sous- ou surdosage. A cela s'ajoute que la variabilité de l'ADME est bien plus grande chez les enfants, en particulier lorsqu'ils sont malades. L'administration de médicaments chez les enfants requiert donc des tests systématiques.

Les lois ouvrent la voie

Depuis 1997, il existe aux Etats-Unis une législation pédiatrique qui a provoqué une véritable explosion dans le domaine de la recherche clinique avec des médicaments sur les enfants. Cette législation a été particulièrement efficace pour les médicaments brevetés. Aujourd'hui, nous disposons de connaissances bien plus importantes relatives à la posologie, aux effets secondaires et en particulier à l'utilisation chez les enfants. En 2007, une législation semblable a été mise en vigueur dans l'UE.[1, 5] L'agence européenne des médicaments EMEA traite les demandes d'admission de nouveaux médicaments seulement si l'entreprise a préalablement déposé à temps un plan de développement pédiatrique (Pediatric Investigation Plan, PIP) et que celui-ci est approuvé par le comité pédiatrique (Paediatric Committee, PDCO). Le PIP doit comporter tous les groupes d'âges pédiatriques: les prématurés (< 36e semaine de grossesse), les nouveau-nés (1–27 jours), les petits enfants (28 jours–23 mois), les enfants (24 mois à 11 ans) et les adolescents (12–17 ans). Ces groupes d'âge ont été fixés au niveau international et sont à caractère contraignant.[6] Le PIP doit comporter spécifiquement pour les enfants tous les examens essentiels qui jouent un rôle dans le développement général des médicaments.

Sont exigés:

- Des études non cliniques et études sur les jeunes animaux pour détecter à



temps les dangers potentiels pour les organes en croissance chez l’animal.

- Le développement de formes galéniques adéquates, étant donné que les enfants ne peuvent généralement avaler des comprimés qu’à partir de l’âge de sept ans.
- Modeling & Simulation, pour calculer à partir des posologies pour adultes celles pour les adolescents, et ensuite à partir de celles-ci, celles pour les petits enfants.
- Etudes cliniques, surveillance à long terme pour minimiser le risque et plans particuliers pour réduire les risques dans la mesure où ceux-ci sont déjà connus.

L’entreprise en charge du développement se voit accorder une prolongation du brevet de six mois à l’échéance de celui-ci, à titre d’indemnité pour ses efforts.

Aussi bien la législation américaine que celle de l’UE s’efforcent d’encourager la recherche nécessaire pour les médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet. Ceux-ci se trouvent aujourd’hui comme génériques sur le marché. Les génériques sont exclus de la législation pédiatrique aux Etats-Unis et dans l’UE. Ces programmes de recherche doivent donc être financés par des fonds publics; ces fonds sont toutefois limités.

La législation européenne tente par ailleurs de convaincre les entreprises de développer des formules spéciales pour les enfants. L’entreprise se voit ainsi accorder une protection des données de dix ans pour un PUMA (Pediatric Use Marketing Autorisation), de manière à ce qu’un médicament disponible comme générique pour les adultes ne puisse être utilisé chez les enfants que sous sa formule pédiatrique spéciale. Seules quelques entreprises ont jusqu’à présent fait usage de cette possibilité.

La collaboration est importante

En quoi tout cela concerne le médecin praticien qui traite les enfants? Il est recommandé de n’utiliser que les indications posologiques les plus récentes. Les recommandations posologiques nationales britanniques BNF (British National Formula[7]) ont maintenant un équivalent pour les enfants: BNFC[8]. Elles sont publiées en commun par la British Medical Association, la Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, le Royal College of Paediatrics and Child Health, et le Neonatal and Paediatric Pharmacists Group. Ce genre de collaboration interdisciplinaire ne constitue hélas pas encore la norme dans la plupart des autres pays européens. Il est donc également toujours recommandé d’entretenir un contact régulier avec la pharmacie de l’hôpital. Dans chaque pays, la collaboration entre les médecins et les pharmaciens varie, ce qui a pour conséquence que, dans les années et décennies à venir, de nombreuses choses vont encore changer dans le domaine de la formation et de l’enseignement.

Les indications relatives au traitement pour les enfants dans l’information sur les médicaments vont progressivement s’améliorer et se préciser. Chaque médecin devrait être conscient de ces défis et aussi admettre que nos connaissances sont encore limitées. La plupart des enfants dans les pays développés bénéficient aujourd’hui de la qualité d’approvisionnement en soins la meilleure qui soit. Mais il reste encore beaucoup à faire, pour nous et pour les générations à venir.

Contact: rose@granzer.biz

Littérature

1. Rose K: Ethical, Regulatory and Scientific Challenges in Paediatric Drug Development. Pharm Med 2008; 22 (4): 221–234
2. Kearns G et al.: Developmental Pharmacology. NEJM 2003, 349; 1152–1167
3. www.esdppp.org
4. www.ppag.org
5. http://www.emea.europa.eu/htms/human/paediatrics/introduction.htm
6. Clinical Investigation of Medicinal Products in the Pediatric Population ICH E 11 http://www.ich.org/LOB/media/MEDIA487.pdf
7. www.bnf.org
8. BNF for Children www.bnfc.org

Avoir le courage de regarder

Rares sont les parents qui ont l'intention de nuire à leurs enfants. Malgré tout, il y a toujours encore des cas de maltraitance d'enfants sous des formes très différentes. Les cliniques pédiatriques disposent de groupes de protection de l'enfant qui interviennent dans de telles situations. Ils tentent avec courage, mais aussi avec doigté, d'améliorer la situation des enfants ainsi que celle des parents.

Bigna Keller, cheffe de clinique du groupe de protection de l'enfant, Clinique pédiatrique universitaire de Berne



Noah est âgé de 6 semaines. Après sa naissance, il a été renvoyé en bonne santé à la maison. Depuis lors, il a déjà dû être hospitalisé deux fois à la clinique pédiatrique en raison de troubles métaboliques aigus. Tous les examens montrent que Noah est en bonne santé, facile à vivre et qu'il peut être bien nourri à la clinique. A la maison, Noah pleurait souvent et il n'était pas possible de le calmer. Il n'était apparemment pas suffisamment nourri au sein par sa mère. Les personnes en charge du suivi à la clinique pédiatrique ont alors constaté que la mère était dépassée par sa tâche. C'est pourquoi il a été fait appel au groupe de protection de l'enfant.

Que se passe-t-il avec Noah? La mère de Noah, Mme M., a 20 ans, vit seule et a dû quitter le logement parental après la naissance de Noah, étant donné que l'appartement de trois pièces était trop petit pour elle, Noah, le père et ses sœurs. Mme M. a trouvé un vieil appartement bon marché qu'elle a alors commencé à rénover.

Mme M. est prête à s'entretenir avec nous. Nous cherchons ensemble des solutions. Avant que Noah puisse quitter l'hôpital avec sa mère, nous mettons en place un réseau de soutien avec l'aide du service social de la commune de domicile. Pour garantir que Noah et sa mère bénéficient d'une aide après la sortie de l'hôpital et que le développement de Noah soit accompagné, la clinique pédiatrique rédige un avis de détresse à l'attention de l'autorité tutélaire incluant une demande pour que Noah et sa mère obtiennent le soutien nécessaire et pour prévenir toute nouvelle négligence des besoins de l'enfant.

Ce cas illustre le travail en réseau au sein de la clinique pédiatrique dans le cadre duquel les infirmières, les médecins et le groupe de protection de l'enfant collaborent avec les parents ainsi qu'avec les services spécialisés externes. Noah était en grave danger et n'était pas suffisamment alimenté par sa mère. Dans ce cas de figure, nous parlons de négligence, il s'agit de la forme la plus fréquente de maltraitance de l'enfant.

Le groupe de protection de l'enfant existe depuis plus de 30 ans à la Clinique pédiatrique universitaire de Berne. Il a été fondé par un groupe de pédiatres, psychologues et travailleurs sociaux engagés avec pour objectif de mieux tenir compte de la maltraitance des enfants à l'hôpital pédiatrique et d'apporter une aide aux familles concernées.

Il existe depuis 2002 un concept cantonal de protection de l'enfant dans le canton de Berne qui a été adopté par le Conseil exécutif. Le groupe de protection de l'enfant y figure comme service cantonal d'évaluation en cas de suspicion de maltraitance d'un enfant et a ainsi obtenu plus de ressources en personnel. Cela est réjouissant et pas évident dans le contexte actuel d'économies financières dans le domaine de la santé.

Travail en réseau

Une équipe multidisciplinaire composée de spécialistes en psychologie, psychiatrie et travail social, effectue des éclaircissements chez des enfants hospitalisés, travaille de manière ambulatoire sur mandat des autorités tutélaires, des offices de la jeunesse ou de la police et intervient en cas de crises. Les pédiatres et généralistes installés envoient les familles pour des éclaircissements ou des conseils ou font appel aux conseils téléphoniques du groupe de protection de l'enfant.

Le groupe de protection de l'enfant travaille en réseau. Il existe ainsi une étroite et bonne collaboration avec l'Institut de médecine légale et la police cantonale. L'Institut de médecine légale nous aide à examiner et décrire les indices recueillis sur les personnes et à évaluer les descriptions d'accidents. La police cantonale ainsi que les autorités civiles donnent des mandats au groupe de protection de l'enfant pour prendre en charge des enfants qui ont éventuellement été victimes d'abus. Nous proposons en outre de la formation pré- et postgraduée consacrée à la protection de l'enfant et au questionnement des enfants.

Principes importants:

- Il faut également envisager des cas de maltraitance d'enfants au quotidien au cabinet et à l'hôpital.
- Les signes doivent être détectés et recherchés activement.
- Il ne faut pas faire cavalier seul lors de l'éclaircissement ou de l'intervention.
- Il faut éviter les décisions rapides, mais si possible appliquer une manière de procéder réfléchie, calme et planifiée.

Qu'est-ce que la maltraitance d'enfants?

On entend par maltraitance d'enfants un dommage physique et/ou psychique porté à l'enfant par des tiers et qui conduit à des blessures, à des troubles du développement ou même à la mort. Le terme de dommage comprend également sa forme passive, c'est-à-dire la négligence.

On différencie cinq formes de maltraitance d'enfants:

- maltraitance physique
- violence sexuelle
- négligence
- maltraitance psychique
- syndrome de Münchhausen par procuration.

Ces cinq formes de maltraitance peuvent survenir à n'importe quel âge. Elles ne surviennent que rarement de manière isolée, il s'agit généralement d'une combinaison de plusieurs formes. La négligence est la forme de maltraitance la plus fréquente. Elle n'est pas facile à détecter et est souvent considérée à tort comme pas très grave. La maltraitance d'enfants se passe dans la plupart des cas dans l'environnement immédiat de l'enfant.

Notre attitude

Alors qu'on appliquait autrefois le principe «Il vaut mieux aider que punir», nous appliquons aujourd'hui le principe «Toujours aider – souvent contrôler – rarement punir».

Nous tentons de sauvegarder l'intégrité de la famille et si possible d'obtenir la coopération des parents. La protection de l'enfant est toujours prioritaire. Nous tentons cependant dans la plupart des cas d'assurer cette protection dans l'environnement familial. Ce n'est que très rarement qu'un enfant est immédiatement placé en dehors de sa famille.

Nous considérons la maltraitance d'un enfant comme le point final d'une évolution qui peut aller d'une prise en charge adéquate par les parents en passant par des formes modérées d'un comportement parental néfaste (p. ex. l'enfant se fait souvent gronder, il est isolé à titre de punition) jusqu'à la maltraitance, et dans le cas extrême même jusqu'à la mort de l'enfant. La maltraitance ne survient presque jamais soudainement, mais connaît généralement une évolution. Et c'est ce qui permet alors d'intervenir.

Comment intervient-on?

Chaque cas relevant de la protection de l'enfant est unique et exige un éclaircissement approfondi du cas et une planification de la manière de procéder dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille. La collaboration avec les parents est généralement fondamentale et nécessite beaucoup de patience et de compréhension. Une attitude valorisante vis-à-vis de la famille est une condition pour obtenir sa collaboration dans l'intérêt de son enfant.

Les étapes suivantes sont possibles lors des interventions pour la protection de l'enfant:

- coopération avec la famille (= volontaire)
- coopération avec l'autorité tutélaire (= voie de droit civil)
- coopération avec la justice (= voie de droit pénal).

La manière dont nous nous adressons aux familles est très importante. Nous nous efforçons de respecter tous les parents et de les écouter. Il est très important d'avoir de la patience et de savoir écouter pour accomplir le travail de protection de l'enfant. Nous essayons le plus possible de respecter la compétence des parents ainsi que les rêves auxquels ils aspirent pour eux-mêmes et leurs enfants. Nous travaillons afin d'obtenir des solutions et prenons activement connaissance des petits succès obtenus.

Dans le travail de protection de l'enfant, nous devons toujours nous rappeler des bases légales de notre action. La protection de l'enfant est réglée par le Code civil suisse (art. 307 et suivants). Il y est tenu compte des droits des parents tout comme de ceux des enfants. Une collaboration avec les parents est explicitement exigée par la loi. Cela influence également notre travail avec les familles. Nous sommes conscients du fait que nous, en tant que soutien, quittons à nouveau la famille, alors que les parents restent les parents.

Le travail de protection de l'enfant demande du courage. Il faut avoir le courage de regarder, de poser des questions désagréables tout en respectant les familles et d'être toujours conscient du risque que même les décisions prises par les spécialistes et qui déterminent l'avenir des enfants peuvent ultérieurement s'avérer être défavorables. ❑

Contact: bigna.keller@insel.ch

«La formation prend une autre signification»

Chaque jour d'autres élèves et d'autres niveaux, de l'élève de première année jusqu'au gymnasien. Telle est la composition de la classe d'Andrea Lang. Elle est pédagogue hospitalière et enseigne à l'école des patients de la clinique pédiatrique bernoise. Outre l'allemand, les mathématiques, le français ou l'anglais, elle aimerait surtout transmettre une chose à ses élèves: un peu de normalité dans le quotidien à l'hôpital.

L'interview avec Andrea Lang a été conduite par Catherine Aeschbacher, rédactrice en chef du Journal ASMAC.

Quand les enfants sont malades, ils ont congé. Alors pourquoi existe-t-il une école réservée aux patients?

Andrea Lang: Tous les enfants qui sont hospitalisés pour une durée dépassant cinq jours ont de par la loi droit à une formation, c'est-à-dire à un enseignement scolaire. L'école des patients leur garantit ce droit.

Y a-t-il des restrictions?

La condition est bien sûr que cela soit possible du point de vue médical. Je donne des cours le matin en groupe pour les enfants qui peuvent se rendre dans la salle de classe. Pour les autres, je me rends dans leur chambre pour leur prodiguer un enseignement au chevet du lit. Je vais même aux soins intensifs. Si je remarque qu'un enfant est fatigué ou qu'il a des douleurs, l'enseignement n'a bien sûr pas lieu.

Quels horaires pratiquez-vous?

Chez nous, dans le service de chirurgie, les enfants suivent l'école de 9 h 15 à 11 h 30. L'après-midi je travaille environ une heure avec chacun des enfants qui ne peuvent pas quitter leur chambre.

Comment se passe l'école le matin?

Souvent, les enfants vont et viennent. Les enfants sont parfois amenés dans les lits ou dans une chaise roulante. Les soignants viennent chercher certains enfants qui doivent suivre des traitements ou subir des examens. Ou alors, ils ont de la visite. Souvent, je les renvoie dans leur chambre, parce que la visite est plus importante que l'école. Les enfants qui doivent rester hospitalisés longtemps reçoivent des horaires hebdomadaires dans lesquels l'école est prévue à des heures fixes. Il y a alors moins d'agitation dans la classe.



Informations sur la personne

Andrea Lang (née en 1974) a accompli l'école normale du Muristalden à Berne et obtenu son brevet en 1995. Ensuite, elle a enseigné à tous les niveaux de l'école primaire et générale, y compris les petites classes, de l'école obligatoire bernoise. Depuis février 2008, elle travaille à temps partiel à l'école des patients de l'Hôpital de l'Ile à Berne. Andrea Lang est mariée et mère de deux enfants.

Les enfants sont d'âges différents et suivent des écoles très diverses. Comment parvenez-vous à coordonner cela?

Nous sommes équipés avec tout le matériel pédagogique de l'école publique bernoise ainsi que celui de certaines écoles d'autres cantons. L'enseignement correspond à celui d'une petite classe. Le nombre d'élèves varie toutefois fortement. Parfois, j'ai six ou sept élèves, le jour suivant seulement deux. J'enseigne à tous les niveaux, de la première année d'école primaire jusqu'au gymnase. Auparavant, j'ai enseigné à tous les niveaux de l'école primaire et secondaire. C'est une condition pour pouvoir travailler à l'école des patients.

Y a-t-il des devoirs à faire ou des notes?

En principe non. Nous ne sommes pas forcément orientés sur les performances. Il peut s'avérer utile de donner des devoirs à certains enfants ou adolescents. Il n'y a cependant ni examens ni notes.

Est-ce que les enfants aiment venir à l'école?

A quelques exceptions près, ils viennent tous volontiers. A la maison, l'école est souvent une obligation qui fait concurrence à de nombreuses autres offres. Ici par contre, les enfants se réjouissent d'avoir un divertissement. Cela leur permet aussi de découvrir qu'ils sont capables de faire quelque chose malgré leur maladie. La tête fonctionne encore, même si les reins ne fonctionnent plus ou que la marche n'est plus possible. La formation prend ainsi une autre signification. Comme la classe est petite, je peux facilement enseigner à l'aide de jeux et m'occuper de chaque enfant en particulier. Et finalement, ils peuvent nouer des contacts avec d'autres enfants. D'après les réactions des parents et des enfants, je sais que l'école des patients constitue un élément très important du séjour hospitalier.

Comment se comportent les parents?

De façons très différentes. Il y a des parents qui sont très reconnaissants et

qui mettent à profit le temps libre pour récupérer un peu de forces. D'autres ont de la peine à laisser leurs enfants et aimeraient bien les accompagner pendant toute la durée de l'enseignement. Cela n'est tout simplement pas possible en raison du manque d'espace. A cela s'ajoute qu'une attention excessive des parents a plutôt tendance à inhiber les enfants.

Qu'est-ce qui rend votre travail attrayant?

Ce que la plupart des gens considéreraient comme un inconvénient (elle rit). Il faut être très flexible et avoir de l'intuition. Je ne sais jamais de quoi ma classe aura l'air, de ce qui m'attend et si je serai en mesure de mettre à profit ce que j'ai préparé. Si un enfant a une perfusion dans un bras et l'autre bras dans le plâtre, l'enseignement se limitera à l'oral. Il faut tirer profit de l'instant présent. Il ne suffit pas de suivre tous les deux ans le même plan d'enseignement. Le plus beau, c'est de pouvoir apporter un peu d'ambiance quotidienne dans la vie de l'hôpital. Nous sommes les seuls à représenter la normalité, car pour les enfants, l'école fait partie de leur vie quand ils sont en bonne santé.

Quels sont les inconvénients?

Savoir garder ses distances. Apprendre à gérer l'empathie et ne pas emporter tous ces destins parfois difficiles chez soi le soir. A l'école, nous souhaitons transmettre une vision de la vie quotidienne, c'est-à-dire ouvrir une porte sur un monde différent de celui de l'hôpital. On veut si possible ne pas se focaliser sur la maladie. Les enfants qui ont subi de graves accidents ou qui souffrent d'une maladie chronique ne peuvent cependant pas si facilement oublier leur état réel. Nous devons donc tenter de concilier la normalité avec la situation particulière de l'enfant. L'équipe qui procède à mon «nettoyage psychique» m'apporte alors un soulagement (elle rit). Avant j'enseignais dans une petite classe de niveau supérieur avec des enfants difficiles. C'était globalement beaucoup plus difficile à gérer, parce que j'étais souvent seule avec mes soucis concernant ces élèves. Ici, on profite d'un important réseau qui prend en charge l'enfant. Il inclut la médecine, les soins, les traitements, le groupe de protection de l'enfant et le service social.

Que souhaitez-vous pour les enfants de l'école des patients?

Un peu moins de stérilité. Parfois, j'aimerais apporter aux enfants un panier plein de petits chats. ❑

L'école réservée aux patients à l'hôpital pédiatrique de Berne a été fondée en 1963 par son directeur de l'époque, le professeur Ettore Rossi. Aujourd'hui, l'équipe est composée de huit pédagogues hospitalières, quatre pour les branches scolaires, quatre pour les branches manuelles. Respectivement quatre enseignants travaillent au département de médecine et quatre au département de chirurgie.

Examen de spécialiste pour l'obtention du titre de spécialiste FMH en médecine générale

Conformément au programme de formation postgraduée et à la décision du Comité central de la FMH du 3 février 1999, la réussite de l'examen de spécialiste est une condition requise pour les candidats au titre FMH en médecine générale qui ont terminé leur formation postgraduée après le 31 décembre 2001.
Il est recommandé de passer l'examen de spécialiste au plus tôt durant la dernière année de la formation postgraduée réglementaire (art. 22 RFP).
Une journée d'information pour la préparation à l'examen est organisée depuis 2004.

Partie écrite théorique

Vérification des connaissances dans le domaine de la médecine générale à l'aide d'un examen constitué de questions demandant des réponses courtes.

Lieu: Auditoire Ettore Rossi, Clinique pédiatrique, Hôpital de l'Ile, Berne.

Date: Le jeudi 27 mai 2010, de 10 h à 13 h.

Examen oral pratique

Appréciation des aptitudes importantes pour le domaine de la médecine générale: le candidat est observé pendant une consultation de médecine générale.

Lieu: Organisation de manière décentralisée dans des cabinets de médecine générale.

Date: Dans l'année suivant l'examen écrit.

Taxe d'examen: La SSMG prélève une taxe d'examen de Fr. 1350.– pour l'ensemble des deux examens.

Inscription: Les formules d'inscription peuvent être obtenues à l'adresse suivante:
Secrétariat SSMG, Mme L. Schneider,
Oberplattenstrasse 73, 9620 Lichtensteig,
téléphone 071 988 66 40, fax 071 988 66 41,
e-mail: info@sgam.ch

Délai d'inscription à l'examen: 31 janvier 2010

Journée d'information et de préparation:
Le jeudi 4 février 2010 à Lausanne. Frais: Fr. 60.–.
Inscription à la journée d'information jusqu'au 15 décembre 2009 auprès du Secrétariat SSMG.

A partir de début novembre 2009, vous aurez la possibilité de vous inscrire par Internet. ❑



SÉRIE MUSIQUE D'AVENIR

Le développement de la pharmacie hospitalière

Les pharmaciennes et pharmaciens hospitaliers ne sont plus seulement de simples acheteurs et fabricants de séries. En tant que partenaires du corps médical et des équipes de soins, ils deviennent des acteurs importants du quotidien clinique. Car ce n'est qu'en contact direct avec l'équipe en charge du traitement et le patient qu'ils peuvent utiliser leur savoir de manière optimale, éviter les erreurs et réduire la mortalité ainsi que les frais de traitement.

Enea Martinelli, pharmacien-chef, Institut de pharmacie hospitalière et d'approvisionnement en produits médicaux, spitäler fmi ag, Interlaken

La médication est sans aucun doute une des mesures thérapeutiques les plus fréquentes à l'hôpital. Quasiment aucun patient n'échappe à la prise d'un médicament durant son séjour à l'hôpital. Les déroulements relatifs à la médication deviennent de plus en plus complexes, onéreux et spécifiques. En même temps, les prescriptions édictées par les autorités se multiplient à une cadence rapide. Les exigences en matière de qualité des processus augmentent d'ailleurs fortement avec l'introduction de systèmes électroniques dans le domaine hospitalier. C'est précisément dans ce secteur que les connaissances des spécialistes sont très demandées. Le champ d'activité du pharmacien hospitalier a par conséquent connu d'importantes transformations ces dernières années, une évolution qui va se poursuivre à l'avenir.

L'image du pharmacien hospitalier a évolué de celle du simple acheteur et fabricant de séries à celle de «courtier d'informations» et fabricant d'applications spécifiques pour les patients (p. ex. cytostatiques, formes parentérales pour la pédiatrie, thérapie génique). L'environnement particulier des hôpitaux avec des patients instables nécessitant des soins aigus, avec des médicaments administrés par voie parentérale ou via une sonde, avec des voies d'application très différentes (pompes, perfuseurs, etc.) ainsi que des médicaments avec spectre d'action thérapeutique très étroit (chimiothérapies, thrombolyse, etc.) compliquent fortement le processus de médication. A cela s'ajoutent des facteurs externes comme la réorganisation des horaires de travail de différents collaborateurs hospitaliers (p. ex. médecins-assistants, équipes de soins). Les changements plus fréquents d'équipe conduisent à un échange d'informations supplémentaire entre celles-ci. Et pour finir, il y a la pression économique croissante sur l'hôpital et les durées de séjour de plus en plus courtes qui en résultent pour le patient, qui contribuent à rendre encore plus complexe le processus de médication qui est déjà compliqué et dangereux. Le risque d'erreur augmente en conséquence. Ici aussi, le pharmacien hospitalier apporte une contribution importante en offrant un soutien en matière d'information, p. ex. par le traitement de questions spécifiques, par des tableaux d'application, par des analyses de médicaments, etc.

Les experts sont sollicités

La sécurité des patients prend toujours plus d'ampleur. On sait qu'en Suisse et à l'étranger, les erreurs de médication représentent le principal «facteur isolé» qui est enregistré lors d'annonces d'erreurs. Les collaborateurs sont sensibilisés à ce sujet et disposés à réorganiser ce processus. Pour ce faire, ils souhaitent pouvoir faire appel à des experts qui disposent à la fois de connaissances approfondies sur les médicaments et les processus d'informations y relatifs tout comme sur leur application au chevet du patient.

Cela présuppose que le pharmacien hospitalier responsable et ses collaborateurs soient, en plus de leur activité pour garantir l'approvisionnement et la fabrication des préparations, également régulièrement présents dans les différents services auprès des médecins, des soignants et des patients. Ce n'est que par ses contacts directs et grâce aux connaissances approfondies de l'ensemble du processus de médication, de la prescription en passant par l'achat et la préparation jusqu'à l'administration et l'élimination, qu'il est possible de détecter d'éventuelles sources d'erreur et de contribuer de manière interdisciplinaire à les éviter.

Cela amène des nouvelles tâches pour les pharmaciens hospitaliers: ils sont de plus en plus impliqués dans les processus

cliniques, p.ex. pour l'analyse des dossiers de médicaments du malade, pour l'information et la formation du personnel soignant ou pour les visites médicales au chevet du malade. En tant que partenaires des médecins et des soignants, ils peuvent contribuer de manière ciblée à un traitement plus efficace et plus sûr par leur savoir pharmaceutique. C'est ainsi que les prescriptions sont examinées quant à leurs risques et interactions d'un point de vue pharmaceutique.

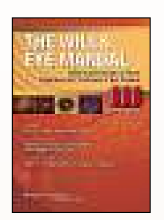
Impliqué dans le processus

Les pharmaciens hospitaliers, qui collaborent régulièrement avec les équipes de soins dans les différents services en parallèle aux prestations pharmaceutiques centralisées qu'ils fournissent, s'établissent malgré des ressources limitées. On fait également de plus en plus souvent appel aux pharmaciens lors de l'entrée et de la sortie du patient. Ils procèdent ainsi à une anamnèse médicamenteuse, donnent des commentaires ou instructions sur la prescription de sortie ou alors établissent des contacts avec les services extérieurs chargés du «Continuum of care». Les prestations pharmaceutiques cliniques, telles que la participation à la visite ou la mise en œuvre de directives thérapeutiques standardisées, ont un impact très positif sur la mortalité, les frais de médicaments et le coût global d'un traitement (réduction de la durée de séjour, réduction des coûts en évitant des erreurs). La pharmacie clinique analyse les processus de médication dans les différents services et fournit des aides spécifiques pour la mise en œuvre des traitements prévus. Cela d'une part pour le personnel soignant, mais d'autre part aussi pour le corps médical. Elle est avant tout orientée selon les processus et peut contribuer à réduire le taux d'erreurs lors de la distribution, de l'administration et de la documentation.

La pharmacologie clinique, par contre, assure un soutien pour le médecin qui prescrit le médicament par un examen du patient et de ses risques spécifiques en ce qui concerne l'aménagement pharmacodynamique et pharmacocinétique du traitement et/ou de l'effet clinique d'une médication spécifique pour le patient. La pharmacologie clinique est en premier lieu orientée sur le résultat et s'occupe moins du processus de médication à proprement parler. Les deux disciplines se complètent donc de manière optimale.

C'est pour cette raison que la Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) a développé des programmes de formation continue spécifiques pour les pharmaciens hospitaliers. La spécialisation comme Pharmacien d'hôpital FPH et le certificat de capacité FPH en pharmacie clinique donnent aux pharmaciennes et pharmaciens les compétences nécessaires pour se positionner dans l'environnement complexe d'un hôpital et pour élargir et améliorer leurs prestations vis-à-vis des malades, du personnel soignant et des médecins à l'hôpital. ❑

Aktuelle Buchtipps • Livres à lire

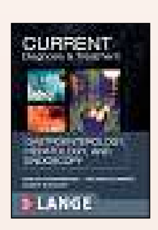


Ehlers, J. P. / C. P. Shah (ed.):
The Wills Eye Manual
Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease
5th ed. 2008. 455 p., ill., board, about CHF 99.– (Lippincott)
978-0-7817-6962-4

The logically structured chapters of this classic reference follow a consistent format using color photographs and illustrations to critically review over 200 ophthalmic conditions.

Fauci, A. S. et al. (ed.):
Harrison's Manual of Medicine
17th ed. 2009. 1'244 p., ill., board, about CHF 92.– (McGraw-Hill)
978-0-07-147743-7

Gilbert, D. N. et al.:
The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2009
39th ed. 2009. 211 p., board, about CHF 30.– (Antimicrobial Therapy Inc.)
978-1-930808-52-2



Greenberger, N. J. / R. S. Blumberg / R. Burakoff:
Current Diagnosis & Treatment: Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy
2009. 570 p., ill., board, about CHF 106.– (McGraw-Hill)
978-0-07-149007-8

Clinically relevant, up-to-date coverage of digestive and liver disorders, and related medical and surgical procedures, including endoscopy.

Preisänderungen vorbehalten

Grey, J. E. / K. Harding (Hrsg.):
Ärztliche Wundversorgung
Das ABC der Wundheilung
2008. 110 S., Abb., Tab., kart., ca. CHF 46.– (Urban & Fischer)
978-3-437-24710-1

Hening, W. A. et al.:
Restless Legs Syndrome
2009. 312 p., ill., cloth, about CHF 121.– (Saunders) 978-0-7506-7518-5

The text provides comprehensive overviews of both pharmacologic and non-pharmacologic approaches, covering benefits, limitations, and side-effect profiles.



LeBlond, R. F. / D. D. Brown / R. L. DeGowin:
DeGowin's Diagnostic Examination
9th ed. 2009. 915 p., ill., board, about CHF 63.50 (McGraw-Hill)
978-0-07-147898-4

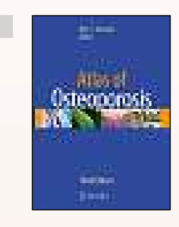
The classic point-of-care guide to the undifferentiated patient – completely revised and easier to navigate than ever! Includes Full-Text Download for Your Mobile Device.

Madler, C. et al. (Hrsg.):
Akutmedizin – Die ersten 24 Stunden
Das NAW-Buch
4. Aufl. 2009. 1'000 S., 90 Abb., 100 Tab., mit dem Plus im WEB, geb., ca. CHF 198.– (Urban & Fischer) 978-3-437-22511-6

Das Buch informiert Sie über die häufigsten traumatologischen, internistischen und pädiatrischen Notfälle. Darüber hinaus geht es auf spezielle Notfallsituationen wie z. B. Katastropheneinsätze ebenso ein wie auf psychiatrische und psychosoziale Problemsituationen.

Nicholl, C. / K. J. Wilson / S. Webster:
Lecture Notes: Elderly Care Medicine
7th ed. 2008. 196 p., board, about CHF 50.– (Blackwell)
978-1-4051-5712-4

This tried and trusted handbook can be used as a core text, a revision aid and a quick reference guide for medical students, junior doctors and other health professsionals.

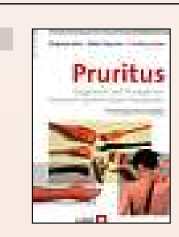


Orwoll, E. S. (ed.):
Atlas of Osteoporosis
3rd ed. 2009. 240 p., ill., cloth, about CHF 166.– (Springer)
978-1-57340-296-5

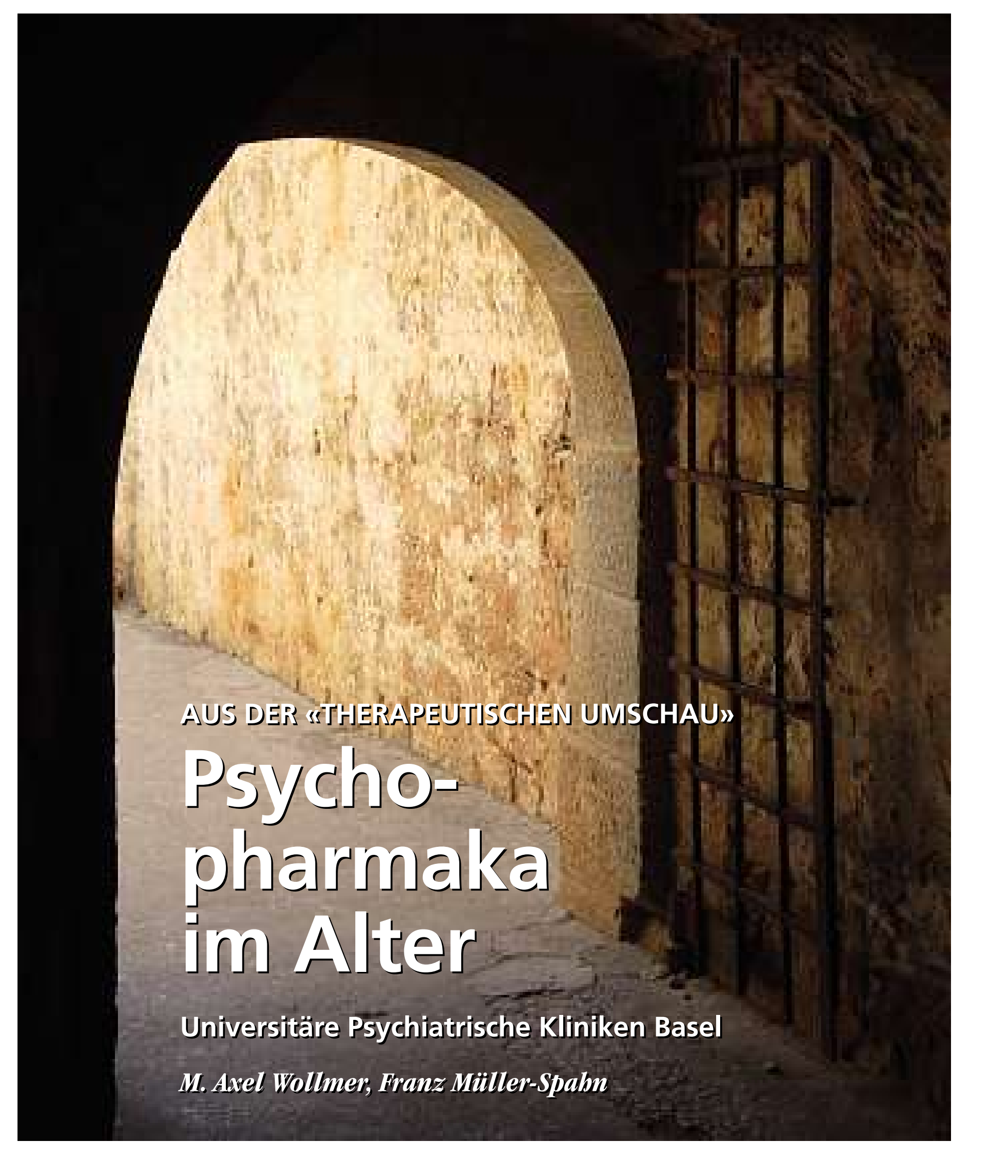
Now in full color, this new third edition includes photographs, slides of pathology and histology specimens, radiographic images, flow charts, schematics, anatomical illustrations, tables, and charts.

Yeung, S.-C.J. / C. P. Escalante / R. F. Gagel:
Medical Care of Cancer Patients
2009. 772 p., ill., cloth, about CHF 113.– (McGraw-Hill) 978-1-55009-312-4

Designed as an essential companion to standard medical and oncology texts, this book defines and advises treatments for the broad spectrum of acute and chronic comorbidities that occur in cancer patients and in survivors.



Zylicz, Z. / R. Twycross / E. A. Jones (Hrsg.):
Pruritus
Diagnostik und Therapie von chronisch-systemischem Hautjucken
2009. 256 S., kart., ca. CHF 59.– (Hans Huber)
978-3-456-84644-6



AUS DER «THERAPEUTISCHEN UMSCHAU»

Psychopharmaka im Alter

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

M. Axel Wollmer, Franz Müller-Spahn

Wie im frühen und mittleren Erwachsenenalter spielt die Pharmakotherapie auch im höheren Lebensalter eine wichtige Rolle bei der Behandlung psychischer Störungen.
Sie unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der bei jüngeren Erwachsenen. Höheres Alter an sich stellt keine absolute Kontraindikation gegen bestimmte Psychopharmaka dar. Dennoch gibt es eine Reihe von Substanzen, die für die Behandlung älterer Patienten wenig geeignet sind [1]. Veränderungen in Pharmakokinetik und Pharmakodynamik im Zuge von Alterungsprozess und altersassoziierten Erkrankungen beeinflussen die Auswahl und die Dosierung von Psychopharmaka. Oft ist eine Polypharmazie gegeben, die das Risiko für Arzneimittelinteraktionen erhöht. Für eine sichere, nebenwirkungsarme und erfolgreiche Psychopharmakotherapie sollten unter Berücksichtigung des Einzelfalls einige Wirkstoffe bevorzugt, andere vermieden werden. Es werden niedrige Einstiegsdosen, langsame Aufdosierungs-Schemata und angepasste Ziel- und Erhaltungsdosen gewählt. Die Grenze zum höheren Lebensalter wird zusammen mit dem Übergang von der Berufstätigkeit in den Ruhestand bei 65 Jahren festgelegt. Die beschriebenen Besonderheiten der Psychopharmakotherapie beziehen sich nicht kategorisch auf diese Altersgrenze, sondern sollen als Richtungen begriffen werden, in die sich die Therapie mit dem fortschreitenden biologischen Alterungsprozess entwickelt.

Zusammenfassung

Pharmakokinetische und pharmakodynamische Veränderungen im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess und altersassoziierten Erkrankungen müssen bei der Auswahl und Dosierung von Psychopharmaka bei der Behandlung älterer Menschen berücksichtigt werden. Eingeschränkte Eliminationsfunktionen von Niere und Leber sowie eine zumeist erhöhte Sensibilität gegenüber pharmakologischen Effekten erfordern bei vielen Psychopharmaka eine niedrige Einstiegsdosis und eine langsame Aufdosierung. Auch die Zieldosis liegt häufig unter der üblicherweise in der Behandlung jüngerer Erwachsener eingesetzten Dosis. Wegen häufig bestehender Polypharmazie müssen Arzneimittelinteraktionen besonders beachtet werden. Besonderheiten in der Behandlung älterer Patienten mit Antidepressiva, Neuroleptika, Anxiolytika, Mood-stabilizers und Hypnotika werden beschrieben.

Pharmakokinetik

Die diffusionsvermittelte enterale Resorption von Pharmaka ist im Alter nicht relevant eingeschränkt. Bei abnehmender Muskelmasse und abnehmendem Wassergehalt des Körpers kommt es zu einer relativen Zunahme des Körperfetts. Damit vergrössert sich das Verteilungsvolumen für lipophile Wirkstoffe. In sehr hohem Alter kann der Fettanteil am Körpergewicht wieder abnehmen. Das Verteilungsvolumen ändert sich entsprechend.
Die altersassoziierte Abnahme der Albuminkonzentration im Plasma, welche zu einem grossen Teil die Plasmabindungskapazität für proteingebundene Wirkstoffe bestimmt, ist gering und meist von untergeordneter klinischer Bedeutung; die Erhöhung des Anteils an freiem Wirkstoff beschleunigt kompensatorisch seine Elimination.
Mit dem Alter schreitet die Glomerulosklerose in der Niere fort. Die Anzahl funktionstüchtiger Glomerula, der renale Blutfluss, die glomeruläre Filtrationsrate und die tubuläre Sekretion nehmen deutlich ab. Es kommt zu einer altersabhängigen Abnahme der Ausscheidung von vorwiegend renal eliminierten Wirkstoffen mit einem relevant erhöhten Risiko von Arzneimittelkumulation und -nebenwirkungen.
Grösse und Durchblutung der Leber nehmen im Alter ab. Der Phase-1-Metabolismus einiger Psychopharmaka ist durch die reduzierte Leberdurchblutung bei nahezu unveränderter Kapazität der beteiligten Enzyme des Zytochom-P450-Systems deutlich eingeschränkt und beeinträchtigt in relevantem Ausmass ihre Elimination. Insgesamt sind die interindividuellen Unterschiede in der Phase-1-vermittelten Arzneimittelelimination jedoch grösser als altersbedingte Unterschiede. Phase-2-Reaktionen, die Azetylierungen und Glukuronidierungen umfassen, bleiben weitgehend unverändert [2].
Als Folge der beschriebenen pharmakokinetischen Veränderungen wird der *«steady-state»* vieler Arzneimittel bei

gleicher Dosis und gleichen Dosierungsintervallen später erreicht und liegt bei höheren Plasmaspiegeln. Entsprechend müssen die Dosen für ältere Patienten niedriger gewählt werden [3].

Pharmakodynamik

Abnehmendes Gehirngewicht, reduzierte Synapsendichte und Veränderungen in verschiedenen Transmittersystemen verändern die Reaktion des ZNS auf psychotrope Substanzen. Ein abnehmender Dopamingehalt und eine abnehmende Zahl von D_2-Rezeptoren prädisponieren für das Auftreten von extrapyramidalen Nebenwirkungen dopaminrezeptorblockierender Neuroleptika. Ein abnehmender Gehalt an Acetylcholin sowie eine abnehmende Zahl seiner Rezeptoren begünstigen das Auftreten von anticholinergen Nebenwirkungen unter Neuroleptika und trizyklischen Antidepressiva. Auch in anderen Transmittersystemen im zentralen und peripheren Nervensystem kommt es zu altersassoziierten Veränderungen. Homöostatische Mechanismen verlieren an Effizienz, so dass der Organismus Arzneimittelwirkungen schwerer durch Gegenregulationen ausgleichen kann. Nach Gabe von Psychopharmaka mit blutdrucksenkender Wirkung kommt es zum Beispiel leichter zu orthostatischen Reaktionen mit einem entsprechend erhöhten Risiko von Synkopen und Stürzen [2].

Arzneimittelinteraktionen

Im Alter besteht häufig Multimorbidität und eine entsprechende Polypharmazie. Mit ihr können komplexe, schwer überschaubare Wechselwirkungen verschiedener Arzneimittel auftreten. Behandlungsindikationen sollten kritisch gestellt und die Anzahl der Medikamente möglichst gering gehalten werden. Substanzen mit geringem Interaktionspotenzial sollte bevorzugt werden. Interaktionen können anhand der Arzneimittelinformationen zu den gegebenen Medikamenten antizipiert werden. Bei mehreren Medikamenten können Computerprogramme die Abschätzung von Interaktionen erleichtern (z.B. *ifap Arzneitherapie-Sicherheits-Check i:fox®, Doctors'AID, mediQ, Open Drug Database ODDB*). Es sollten eine sorgfältige klinische Beobachtung, gegebenenfalls EKG-Kontrollen und Laboruntersuchungen sowie ein «*Drugmonitoring*» in Form von Spiegelbestimmungen erfolgen.

Compliance

Die Verordnung zu vieler Medikamente wirkt der *Compliance* des Patienten bezüglich ihrer Einnahme entgegen. Einfache Verordnungen mit wenigen Medikamenten und wenigen Dosierungszeitpunkten erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer zuverlässigen und regelmässigen Einnahme. Sind mehrere Ärzte an der Verordnung beteiligt, ist eine Koordination wichtig. Bei der Verordnung und der Wahl der Darreichungsform sollte auf kognitive, sensorische und motorische Defizite des Patienten Rücksicht genommen werden. Die Verwendung von Tages- oder Wochen-Dosetten, die gegebenenfalls vom Angehörigen oder der abgebenden Apotheke bestückt werden, können helfen, eine zeitgerechte Medikamenteneinnahme zu gewährleisten und Auslassungen, Mehrfacheinnahmen und Verwechslungen zu verhindern. Es können Tendenzen bestehen, alte Medikamentenvorräte noch aufzubrauchen oder Medikamente des Lebenspartners ohne entsprechende Verordnung ebenfalls einzunehmen («*Pharma-sharing*» unter Eheleuten). Eine gut verträgliche und wirksame Therapie, von deren Sinn der Patient überzeugt ist, ist eine wichtige Voraussetzung für eine gute *Compliance*.

Antidepressiva

Eine subsyndromale, oligosymptomatische, wenig typische Ausprägung der Depression mit somatischen oder kognitiven Beschwerden ist im Alter häufig und verhindert oftmals die Diagnose und damit die Therapie der Erkrankung. Die Pharmakotherapie der Depression im Alter stützt sich auf dieselben Medikamente, die auch bei jüngeren Erwachsenen eingesetzt werden.

Trizyklische Antidepressiva sind aufgrund höheren Alters nicht kontraindiziert, sollten aber vor allem dann nicht eingesetzt werden, wenn ein cholinerges Defizit, zum Beispiel im Rahmen einer beginnenden dementiellen Erkrankung, zum Auftreten von anticholinergen Nebenwirkungen bis hin zum anticholinergen Delir prädisponiert. Auch andere Erkrankungen, wie etwa ein Engwinkelglaukom, treten im Alter häufiger auf und können durch anticholinerge Medikamentenwirkungen verschlimmert werden. Bei kardialer Vorschädigung können kardiotoxische Wirkungen leichter zum Tragen kommen, besonders dann, wenn durch eingeschränkte Elimination hohe Medikamentenspiegel vorliegen. Trizyklika gelten nicht mehr als Medikamente der ersten Wahl bei der Behandlung depressiver Störungen bei älteren Patienten. Sollen Trizyklika dennoch zum Einsatz kommen, zeigen die sekundären Amine, insbesondere Nortriptylin, vergleichsweise günstige Nebenwirkungsprofile [4–6].

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) gehören zu den Substanzen der ersten Wahl in der Behandlung depressiver Störungen im Alter. Die Konstellation von Wirksamkeit, Interaktionsarmut und Verträglichkeit ist möglicherweise bei Citalopram/Escitalopram und Sertralin besonders günstig. SSRI werden wie bei jüngeren Erwachsenen auch bei der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen im Alter eingesetzt. Die Relevanz einer unter Gabe von SSRI möglicherweise verstärkten Blutungsneigung und einer möglicherweise beschleunigten Abnahme der Knochendichte für die Auswahl eines Antidepressivums im fortgeschrittenen Alter ist noch nicht abschliessend geklärt [7, 8]. Im höheren Lebensalter können die sonst seltenen extrapyramidalen Nebenwirkungen von SSRI häufiger auftreten [9]. Sexuelle Funktionsstörungen als Nebenwirkungen von SSRI werden gerade bei und von älteren Patienten nicht thematisiert oder vom Behandler als irrelevant eingeschätzt. Sexuelle Funktionsstörungen sind auch in dieser Altersgruppe belastende und therapiegefährdende Nebenwirkungen, die beachtet werden sollten.

Serotonin und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) wie Venlafaxin in höheren Dosen oder Duloxetin sind für die Behandlung von depressiven Störungen im Alter ebenfalls gut geeignet. Die noradrenerge Wirkkomponente scheint Vorteile zu bieten, wenn Schmerz oder kognitive Defizite vorhanden sind, was bei Depressionen im höheren Lebensalter häufig der Fall ist [4, 6]. Die Möglichkeit einer Blutdrucksteigerung kann angesichts der im Alter steigenden Prävalenz der arteriellen Hypertonie die Anwendung einschränken. Besonders bei Prostata-

hyperplasie kann es zum Harnverhalt kommen. Die Tonisierung des Blasenausgangs kann bei Stressinkontinenz, die bei älteren Frauen häufig vorkommt, erwünscht sein. Duloxetin ist auch als Medikament zur Behandlung der Stressinkontinenz zugelassen.
Hyponatriämien im Rahmen des Syndroms der inadäquaten ADH-Sekretion treten bei älteren Patienten unter Behandlung mit SSRI und möglicherweise auch SNRI relativ häufig auf [8]. Deshalb ist bei älteren Patienten eine Überwachung des Natrium-Spiegels im Serum vor allem zu Beginn einer Therapie mit Vertretern der beiden Substanzgruppen besonders wichtig.
Mirtazapin ist ein meist gut verträgliches und gut wirksames Medikament zur Behandlung einer depressiven Störung bei älteren Patienten. Niedrig dosiert wirkt es schlafanstossend und kann auch in der Behandlung von Schlafstörungen ausserhalb einer Depression eingesetzt werden. Bei unzureichender Wirkung einer Monotherapie ist Mirtazapin gut kombinierbar. Insbesondere die Kombination mit Venlafaxin hat sich bewährt. Appetitsteigerung und Gewichtszunahme unter Mirtazapin können in manchen Fällen erwünscht sein.
Neben den genannten Wirkstoffen und Wirkstoffgruppen haben auch andere Antidepressiva wie Reboxetin, Bupropion, Trazodon oder Moclobemid ihren Platz in der Behandlung von depressiven Störungen im Alter. Reboxetin beansprucht eine besonders günstige Wirkung auf kognitive Defizite im Rahmen einer Depression, Trazodon wird auch zur Behandlung von Unruhezuständen bei Demenzen eingesetzt. Bei der medikamentösen Behandlung von depressiven Störungen im Alter sollte eine niedrige Einstiegsdosis gewählt werden (*«start low»*) und eine langsame Dosissteigerung erfolgen (*«go slow»*), die Zieldosen der neueren Antidepressiva für die Induktion einer Remission, die Rückfallprophylaxe und Erhaltungstherapie liegen bei älteren Patienten nicht grundsätzlich unter denen für jüngere Erwachsene. Die Zeit bis zum Ansprechen auf eine antidepressive Therapie kann im Alter verlängert sein. Deshalb ist eine ausreichend lange und ausreichend hoch dosierte Behandlung mit einem Medikament erforderlich, bevor Unwirksamkeit angenommen werden kann und eine Umstellung erfolgt. Im höheren Lebensalter und insbesondere, wenn zerebrovaskuläre Veränderungen zu einer depressiven Störung beitragen, kommt es nach Absetzen einer medikamentösen Therapie leicht zu Rückfällen oder Wiedererkrankungen. Deshalb ist häufig eine mittel- bis langfristige Behandlung indiziert [6]. Die Tabelle 1 gibt eine Übersicht über häufig eingesetzte Antidepressiva.

Neuroleptika

Indikationen für die Behandlung mit Neuroleptika im Alter bestehen in der Weiterbehandlung von Psychosen, die bereits im früheren Erwachsenenalter begonnen haben, in der Behandlung von Psychosen mit Erstmanifestation im Alter, in der Behandlung von Delirien und in der Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenzen. In den meisten Fällen sollte atypischen gegenüber konventio-

Tabelle 1: Antidepressiva im Alter.

Wirkstoff	Besonderheiten bei älteren Patienten	Dosis [mg/die]
Nortriptylin	Von den Trizyklika für die Anwendung bei älteren Patienten wegen geringer anticholinerger Effekte am ehesten geeignet. Kardiotoxisch bei Überdosierung. Spiegelkontrolle. Vorsicht bei Suizidalität.	25–150
Citalopram/ Escitalopram	Maximale Selektivität für Serotonin. Wenig Interaktionen. Wegen möglicher Hyponatriämien Elektrolytkontrollen erforderlich. Thromozytenaggregationshemmung, extrapyramidalmotorische Symptome möglich.	10–30/5–20
Sertralin	Etwas erweitertes Spektrum mit Wirkung auf Noradrenalin- und Dopaminwiederaufnahme. Wenig Interaktionen. Wegen möglicher Hyponatriämien Elektrolytkontrollen erforderlich. Thromozytenaggregationshemmung, extrapyramidalmotorische Symptome möglich.	50–200
Venlafaxin	Wie SSRI. In höherer Dosis ausserdem: Harnverhalt und Blutdrucksteigerung möglich. Vorsicht bei Glaukom. Gute Wirksamkeit bei Schmerzsymptomatik. Möglicherweise Vorteile bei kognitiven Defiziten.	37,5–300
Duloxetin	Wie SSRI. Ausserdem: Harnverhalt und Blutdrucksteigerung möglich. Vorsicht bei Glaukom. Gute Wirksamkeit bei Schmerzsymptomatik. Möglicherweise Vorteile bei kognitiven Defiziten.	60
Mirtazapin	Initial sedierend. Vor allem in niedriger Dosis schlafanstossend. Appetit- und Gewichtszunahme möglich, aber keine direkte Verschlechterung der Glukosetoleranz.	15–60
Reboxetin	Harnverhalt möglich. Möglicherweise Vorteile bei kognitiven Defiziten.	4–6
Trazodon	Sedierende Eigenschaften. Auch zur Behandlung von Unruhezuständen bei Demenz einsetzbar. Kardial gut verträglich. Auch bei Prostatahyperplasie oder Engwinkelglaukom. Augmentierend bei Behandlung mit anderen Antidepressiva.	50–300

Die Tabelle bildet eine Auswahl von Medikamenten ab und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Angaben zu Besonderheiten bei älteren Patienten sind als Übersicht zu verstehen. Die Angaben sind nicht vollständig. Die angegebenen Dosierungen sind Richtwerte und können im Einzelfall über- oder unterschritten werden.

nellen Neuroleptika der Vorzug gegeben werden.
Den breitesten Einsatzbereich im Alter bietet wahrscheinlich Risperidon. Es eignet sich für die Behandlung von Psychosen, Delirien und Erregungszuständen bei Demenzen und hat sich auch in der Langzeitprophylaxe bewährt. Bei höheren Dosen nehmen extrapyramidale und orthostatische Nebenwirkungen gegenüber dem Niedrigdosisbereich deutlich zu. Bei schweren psychotischen Zustandsbildern, die eine intensive Behandlung erfordern, können durch Kombination zum Beispiel mit Clozapin synergistische Effekte auf die Zielsymptomatik bei gleichzeitiger Reduktion von Nebenwirkungen erreicht werden. Erfahrungen bei älteren Patienten mit der Depot-Form und mit dem aktiven Metaboliten Paliperidon, der wegen grossenteils direkter renaler Elimination ein geringeres Interaktionspotenzial und durch eine neue Galenik konstantere Plasmaspiegel mit weniger Nebenwirkungen gegenüber der Muttersubstanz verspricht, sind noch begrenzt.
Clozapin kann auch bei älteren Patienten zur Behandlung von Psychosen eingesetzt werden, wenn andere Neuroleptika keine ausreichende Wirkung erbracht haben. Clozapin wird wegen seiner fehlenden extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen zur Behandlung von psychotischen Symptomen im Rahmen einer Parkinson-Erkrankung eingesetzt, die nicht auf das Absetzen von Anticholinergika und den Versuch einer Reduktion der dopaminergen Medikation ansprechen. Analog wird Clozapin auch zur Behandlung von psychotischen Symptomen bei der *Lewy-Body*-Demenz eingesetzt. Clozapin besitzt allerdings relevante anticholinerge Eigenschaften, die zu einem Delir führen können. Bei der *Lewy-Body*-Demenz besteht ein starkes cholinerges Defizit mit entsprechender Delirneigung. Deshalb sollte Clozapin hier niedrig dosiert eingesetzt oder alternativ Quetiapin, welches bei schwächerer antipsychotischer Potenz und sonst ähnlichem Rezeptorprofil keine relevanten anticholinergen Eigenschaften besitzt, verwendet werden.
Quetiapin eignet sich besonders für die Behandlung von affektiven Psychosen. Es zeichnet sich durch stimmungsaufhellende, anxiolytische und initial sedierende Eigenschaften bei allgemein guter Verträglichkeit aus.
Olanzapin bietet beim Einsatz bei älteren Patienten sowohl Vor- als auch Nachteile gegenüber anderen Atypika. Es weist entsprechend der schwach ausgeprägten α1-Blockade vergleichsweise wenig orthostatische Nebenwirkungen auf. Es besteht allerdings eine schwache anticholinerge Wirkung und ein ausgeprägtes Potenzial zur Induktion einer Gewichtszunahme und Verschlechterung der Glukosetoleranz, was vor allem im Zusammenhang mit dem metabolischen Syndrom problematisch ist.
Mit Aripiprazol und Ziprasidon stehen neue Substanzen zur Verfügung, die bei geringem Potenzial für anticholinerge, extrapyramidale, orthostatische und metabolische Nebenwirkungen zu einer verträglichen und wirksamen Neuroleptika-Therapie im Alter beitragen können.
Konventionelle Neuroleptika sollten vor allem wegen ihrer extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen einschliesslich Spätdyskinesien, für die im höheren Lebensalter eine erhöhte Vulnerabilität besteht, zurückhaltend eingesetzt werden. Haloperidol kommt in der Akutbehandlung von Psychosen zum Einsatz. Haloperidol ist in niedriger Dosierung nach wie vor ein Medikament der ersten Wahl bei der Behandlung von Delirien. Neben Haloperidol spielen Flupentixol und Zuclopenthixol auch in der Darreichungsform des intramuskulären Depots eine Rolle bei der Behandlung älterer Patienten mit Psychosen. Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen sollten Anlass zum Versuch einer Umstellung auf ein Atypikum sein. Nieder- bis mittelpotente konventionelle Neuroleptika wie Pipamperon oder Melperon werden als Alternative zu Benzodiazepinen zur Sedierung eingesetzt und eignen sich gut zur Beherrschung von Unruhezuständen bei Demenzen [4, 10, 11].
Neuroleptika werden breit und oft niederschwellig zur Behandlung von verschiedenen Verhaltensstörungen bei Demenzen gegeben. Ihre Wirksamkeit in dieser Indikation wird oft überschätzt. Einige Studien stellen die Wirksamkeit von Neuroleptika auf Verhaltensstörungen bei Demenz-Patienten in Frage oder zeigen nur moderate Effekte. Gleichzeitig mehren sich Hinweise auf Sicherheitsrisiken bei der Behandlung dieser Patientengruppe in Form von erhöhter Mortalität und erhöhter Inzidenz von zerebrovaskulären Ereignissen. Es ist mit einer kognitiven Verschlechterung unter Behandlung mit Neuroleptika zu rechnen. Aus diesen Gründen ist die Indikation für eine neuroleptische Therapie von demenzassoziierten Verhaltensstörungen streng und erst nach Scheitern psychosozialer Interventionen zu stellen. Die Indikation für eine Weiterbehandlung sollte spätestens nach sechs Monaten anhand eines Reduktions- und Auslassversuchs geprüft werden [12].
Wie bei den Antidepressiva sollte bei der Behandlung älterer Personen mit Neuroleptika mit niedrigen Dosen begonnen werden und die Aufdosierung langsam erfolgen. Anders als bei den neueren Antidepressiva liegen die Zieldosen einer Medikation mit atypischen oder konventionellen Neuroleptika bei der Hälfte bis zwei Dritteln der bei jüngeren Erwachsenen eingesetzten Dosen, teilweise noch darunter. Dies gilt besonders für die Behandlung von Störungsbildern mit Erstmanifestation im höheren Lebensalter. Patienten, die seit dem jungen Erwachsenenalter an einer Psychose leiden, benötigen zum Teil auch später unverändert hohe Dosen ihrer neuroleptischen Medikation [4, 10, 11]. Die Tabelle 2 gibt eine Übersicht über häufig eingesetzte Neuroleptika.

Anxiolytika

Eine begleitende anxiolytische Therapie mit Benzodiazepinen ist auch im fortgeschrittenen Alter Bestandteil der Pharmakotherapie verschiedener psychischer Störungen. Die Verschreibung sollte immer zeitlich begrenzt erfolgen. Durch Sedation und Muskelrelaxation besteht besonders bei älteren Patienten eine erhöhte Sturzgefahr. Es kann zu Einschränkungen kognitiver Funktionen kommen. Die Gefahr solcher Nebenwirkungen steigt, wenn Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit verwendet werden, die bei gleichzeitig abnehmender Funktion der oxidativen Metabolisierung akkumulieren können. Deshalb sollten in erster Linie Benzodiazepine mit kurzer bis mittlerer Halbwertszeit, die durch direkte Glukuronidierung eliminiert werden, eingesetzt werden. Lorazepam und Oxazepam erfüllen diese Bedingungen. Bei fehlender zeitlicher Begrenzung und unscharfer Indikation der Verschreibung besteht die Gefahr einer iatrogenen Benzodiazepin-Abhängigkeit, zumeist in Form einer

«*low-dose*-Benzodiazepin-Abhängigkeit». Diese ist bei vielen älteren Menschen anzutreffen. Paradoxe Reaktionen auf Benzodiazepine sind auch bei älteren Patienten selten [3, 13].
Pregabalin wird auch bei älteren Patienten als Anxiolytikum in der Therapie der generalisierten Angststörung eingesetzt [14]. Auch unter dieser Substanz besteht erhöhte Sturzgefahr aufgrund eines sedierenden Effekts.

Mood-stabilizers

Lithium kann mit gleicher Indikation und ähnlicher Wirksamkeit wie bei jüngeren Erwachsenen eingesetzt werden. Eingeschränkt wird die Therapie mit Lithium durch im Alter häufig gegebene Kontraindikationen wie Niereninsuffizienz, Herzerkrankungen, insbesondere Herzinsuffizienz und eine unbehandelte Hypothyreose. Bei der Behandlung älterer Patienten ist besonders auf zuverlässige Compliance, ausreichende Flüssigkeitszufuhr und regelmässige Spiegelkontrollen zu achten. Es sollten niedrige Lithium-Spiegel um 0,5 mmol/l angestrebt werden, zu deren Einstellung in der Regel niedrigere Dosen als bei jüngeren Erwachsenen benötigt werden. Gegenüber diesen besteht bereits bei niedrigen Lithium-Spiegeln ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Nebenwirkungen [15].
Carbamazepin wird in der Behandlung älterer Patienten wegen kardialer, renaler und vor allem hepatischer und hämatologischer Risiken sowie wegen seines breiten Interaktionspotenzials kaum mehr eingesetzt.
Valproat wird auch bei älteren Patienten als Antimanikum verwendet. Die Dosis liegt bei etwa Dreivierteln der Dosis für jüngere Erwachsene. Hinsichtlich des Interaktionspotenzials bei Komedikation und Polypharmazie ist die Hemmung der Zytochrom P450-Isoenzyme CYP2C9 und CYP3A zu beachten [4]. Die Gabe von Valproat zur Behandlung von agitierten und insbesondere aggressiven Verhaltensstörungen bei Demenzen kann im Einzel-

Tabelle 2: Neuroleptika im Alter.

Wirkstoff	Besonderheiten bei älteren Patienten	Dosis [mg/die]
Risperidon	Breites Indikationsspektrum. Gut geeignet für die Behandlung von Delirien und vorwiegend aggressiv geprägten Verhaltensstörungen bei Demenz. Mit zunehmender Dosis deutliches Risiko extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen.	0,5–4
Clozapin	Wie in anderen Bereichen der Psychiatrie noch wirksam, wenn andere Antipsychotika keinen ausreichenden Effekt gezeigt haben. Wegen Risikos einer Agranulozytose nie Mittel der ersten Wahl. Wegen fehlender extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen geeignet zum Einsatz bei vorbestehendemParkinsonismus. Relevante anticholinerge Eigenschaften. Senkung der Krampfschwelle.	12,5–400
Quetiapin	Wegen fehlender extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen und anticholinerger Nebenwirkungen gut für den Einsatz bei der *Lewy-Body*-Demenz geeignet. Wegen orthostatischer Nebenwirkungen niedrige Einstiegsdosis und langsame Aufdosierung erforderlich. Wegen initial sedierender, anxiolytischer und stimmungsaufhellender Eigenschaften zur Beherrschung von Unruhezuständen geeignet.	25–600
Olanzapin	Wenig orthostatische Nebenwirkungen. Schwache anticholinerge Wirkung. Ausgeprägtes Potenzial zur Induktion einer Gewichtszunahme und Verschlechterung der Glukosetoleranz.	2,5–20
Haloperidol	Niedrig dosiert nach wie vor Mittel der ersten Wahl bei der Behandlung des Delirs.	0,5–6
Flupentixol	Gut wirksames Antipsychotikum, vor allem bei Bedarf einer Depot-Medikation eingesetzt. Extrapyramidalmotorische und orthostatische Nebenwirkungen.	5–20
Zuclopenthixol	Bei sedierender Wirkung geeignet zur Behandlung von Unruhezuständen bei Demenz. Orthostatische Nebenwirkungen. Retardiert parenterale Darreichungsformen und Retardform verfügbar.	2–20
Pipamperon	Sedierendes Neuroleptikum. Gut geeignet zur Beherrschung von Unruhezuständen bei Demenz und zur Schlafinduktion. Geringes Risiko für extrapyramidalmotorische und anticholinerge Nebenwirkungen. Häufig Ödeme. Orthostatische Nebenwirkungen	20–160
Melperon	Sedierendes Neuroleptikum. Gut geeignet zur Beherrschung von Unruhezuständen bei Demenz und zur Schlafinduktion. Interaktionspotenzial. Blutbildkontrollen.	25–150
Aripiprazol	Geringes Potenzial für anticholinerge, extrapyramidale, orthostatische und metabolische Nebenwirkungen. Anwendungserfahrung begrenzt.	5–30
Ziprasidon	Geringes Potenzial für anticholinerge, extrapyramidale, orthostatische und metabolische Nebenwirkungen. Kardiotoxische Nebenwirkungen. Anwendungserfahrung begrenzt.	40–160

Die Tabelle bildet eine Auswahl von Medikamenten ab und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Angaben zu Besonderheiten bei älteren Patienten sind als Übersicht zu verstehen. Die Angaben sind nicht vollständig. Die angegebenen Dosierungen sind Richtwerte und können im Einzelfall über- oder unterschritten werden.

fall hilfreich sein. Die generelle Wirksamkeit ist jedoch nicht belegt.
Lamotrigin kann als *mood-stabilizer* mit vorwiegend antidepressiven Eigenschaften analog zur Therapie bei jüngeren Erwachsenen eingesetzt werden.

Hypnotika

Im höheren Lebensalter nimmt die Schlafdauer leicht ab. Der Anteil von Tiefschlafphasen ist zugunsten leichter Schlafstadien reduziert. Der Schlaf ist fragmentiert, und nächtliche Wachphasen werden durch kurze Schlafphasen am Tag kompensiert. Oft bestehen gleichzeitig hohe Erwartungen an die Dauer und die Qualität des Schlafs. Die Abläufe in Institutionen und Heimen stellen äussere Zeitgeber dar, an die sich ältere Menschen in ihrem Schlafverhalten anpassen müssen. Schafstörungen nehmen im Alter zu. Ein Grossteil besteht im Zusammenhang mit körperlichen und psychischen Erkrankungen, in etwa 20% der Fälle liegt eine primäre Insomnie vor. Rund 30% der über 65-Jährigen ist mit dem eigenen Schlaf unzufrieden, und etwa jeder dritte von ihnen nimmt ein verschreibungspflichtiges Hypnotikum ein. Es ist davon auszugehen, dass ein Grossteil der Schlafmitteleinnahme missbräuchlich erfolgt [16].
Der Einsatz von Hypnotika sollte zeitlich begrenzt und ergänzend zur Behandlung der somatischen oder psychischen Ursachen der Insomnie sowie schlafhygienischen Massnahmen erfolgen. Unrealistische Erwartungen an Dauer und Regelmässigkeit des Schlafs sollten abgebaut werden. Zur Behandlung von Einschlafstörungen hat sich Zolpidem, zur Behandlung von Durchschlafstörungen Zopiclon bewährt. Oft sind niedrigere Dosierung als bei jüngeren Erwachsenen ausreichend wirksam. Die genannten Substanzen haben im Alter keine relevant verlängerte Eliminationshalbwertszeit und gegenüber Benzodiazepinen ein reduziertes, aber nicht fehlendes Abhängigkeitspotenzial. Niedrige Dosen von Antidepressiva mit sedierender Komponente, zum Beispiel Mirtazapin oder Trazodon, können abends als schlafanstossende Medikation gegeben werden. Sie können unter Umständen auch mittelfristig eingesetzt werden [17]. ❑

Literatur

[1] Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med 2003; 163: 2716–2724.
[2] Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. Exp Gerontol 2003; 38: 843–853.
[3] Müller WE. Sedativa als Beispiel für die Besonderheiten der Psychopharmakotherapie im Alter. In: Förstl ed. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart New York: Thieme, 2003: 220–226.
[4] Lautenschlager MM, Lautenschlager NT, Förstl H. Psychopharmaka im Alter. In: Holsboer F, Gründer G, Benkert O, eds. Handbuch der Psychopharmakotherapie. Berlin Heidelberg: Springer, 2008: 1081–1091.
[5] Laux G. Antidepressiva. In: Förstl ed. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart New York: Thieme, 2003: 240–248.
[6] Unützer J. Late-life depression. N Engl J Med 2007; 357: 2269–2276.
[7] Loke YK, Trivedi AN, Singh S. Meta-analysis: gastrointestinal bleeding due to interaction between selective serotonin uptake inhibitors and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Aliment Pharmacol Ther 2008; 27: 31–40.
[8] Diem SJ, Blackwell TL, Stone KL, et al. Use of antidepressants and rates of hip bone loss in older women: the study of osteoporotic fractures. Arch Intern Med 2007; 167: 1240–1245.
[9] Berra C, Torta R. Therapeutic rationale of antidepressant use in the elderly. Arch Gerontol Geriatr 2007; 44 (Suppl 1): 83–90.
[10] Möller HJ. Neuroleptikabehandlung in der Gerontopsychiatrie. In: Förstl ed. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart New York: Thieme, 2003: 227–239.
[11] Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. J Clin Psychiatry 2004; 65 (Suppl 2): 5–99.
[12] O'Brien J. Antipsychotics for people with dementia. BMJ 2008; 337: a602.
[13] Weyerer S. Psychopharmakagebrauch und -missbrauch im Alter. In: Förstl ed. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart New York: Thieme, 2003: 507–515.
[14] Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, Whalen E, Baldinetti F. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. Br J Psychiatry 2008; 193: 389–394.
[15] Jacoby R. Manie. In: Förstl ed. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart New York: Thieme, 2003: 432–435.
[16] Riemann D, Dressing H. Schlafstörungen. In: Förstl ed. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Grundlagen – Klinik – Therapie. Stuttgart New York: Thieme, 2003: 484–496.
[17] Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. Am J Med 2006; 119: 463–469.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. M. Axel Wollmer
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4025 Basel
marcaxel.wollmer@upkbs.ch

Der Artikel erschien ursprünglich in der «Therapeutischen Umschau» (2009; 66: 459–465). VSAO-Mitglieder können die «Therapeutische Umschau» zu äusserst günstigen Konditionen abonnieren. Details siehe unter www.verlag-hanshuber.com/vsao

Summary

Psychopharmacotherapy of the elderly

Pharmacokinetic and pharmacodynamic changes related to aging and age-associated disorders influence the choice and dosage of psychotropic drugs in the treatment of the elderly. Renal and hepatic clearance is limited and the sensitivity to pharmacological effects is increased. To avoid side effects most psychotropic drugs should be introduced in a 'start low – go slow' approach. The final dose may also be lower than in the treatment of younger adults. Drug interactions may occur as a consequence of a complex medication. Peculiarities of the treatment of older adults with antidepressants, antipsychotics, anxiolytics, mood-stabilizers and hypnotics is described.

Une soirée pleine de défis

Lukas Staub, membre de la rédaction du Journal ASMAC

Scott et moi sommes une nouvelle fois assis autour d'une bière. Etant donné que ma femme travaille depuis un certain nombre de mois auprès du Neonatal Emergency Transport Service (NETS), elle a très souvent des horaires irréguliers et moi autant de soirées libres. Le NETS est responsable du transport de patients néonatologiques et pédiatriques à l'intérieur de l'Etat de New South Wales. La surface à couvrir correspond environ à deux fois la République fédérale d'Allemagne, ce qui nécessite de nombreuses sorties avec l'hélicoptère ou en avion. Environ la moitié des transports s'effectue dans la région de Sydney et généralement en ambulance.

A ma première bière, ma femme m'appelle pour me dire qu'elle est en route pour Rylstone, un petit bled à environ 30 minutes de vol à l'ouest de Sydney. Scott se montre intéressé et je lui raconte qu'il y a une femme qui se trouve dans la 33e semaine de grossesse et qui a des contractions, raison pour laquelle l'équipe de néonatologie a été appelée. Immédiatement après sa naissance, l'enfant sera transporté par avion à Penrith, un bled un peu plus grand avec un hôpital qui dispose d'un service de soins intensifs de néonatologie. Nous retournons à notre bière.

Une bière plus tard arrive un SMS: avons effrayé un troupeau de kangourous à l'atterrissage, l'enfant n'est pas encore né, pas de médecin disponible à l'hôpital régional. «Beg your pardon?» L'enfant citadin Scott n'en croit pas ses yeux. En effet, le seul médecin généraliste du village, qui est également médecin-chef du minihôpital équipé de deux petits locaux, est actuellement en route pour des visites à domicile. Heureusement que l'administratrice de l'hôpital est aussi sage-femme et qu'elle s'occupe de la naissance difficile. Entre-temps, ma femme se bat par téléphone avec les chefs de clinique de Penrith qui ne comprennent pas pourquoi il n'a pas été procédé à une césarienne d'urgence. Il s'agit manifestement aussi d'enfants citadins. Scott et moi commandons une portion de Fish & Chips pour accompagner la bière suivante.

La prochaine mise à jour nous parvient peu avant minuit: naissance vaginale impossible, transport in utero et césarienne prévue à Mudgee (au lieu de Penrith), un orage rend le vol impossible, ambulance demandée. Le chef de clinique inexpérimenté à Mudgee refuse l'admission de ce cas trop complexe, il faut donc aller à Bathurst (aussi un bled, mais au moins avec un hôpital équipé d'une salle d'opération d'urgence).

A la prochaine bière, Scott veut savoir quel type d'hélicoptère possède le NETS. Je lui promets d'éclaircir cette question lors du prochain appel. Appel qui ne tarde pas à venir: ambulance enfin en route, équipe chirurgicale prête à Bathurst, il sera probablement très tard. Et ma femme ne sait pas de quel type d'hélicoptère il s'agit – c'est typique! Nous commandons encore une autre bière.

Mise à jour: après un trajet d'une heure et demie, césarienne réalisée avec succès. Mère et enfant en bonne santé. L'enfant a ensuite été transporté à Penrith pour le suivi néonatologique (avec un Medicopter BK 117, nous fait savoir le pilote). Ma femme est rentrée à 3 heures du matin. Et heureusement qu'il existe de l'aspirine… ❑



no worries



SECTION BERNE

La loi sur le travail – une chance à saisir

Motion «Respect de la loi sur le travail dans les hôpitaux bernois»

Le Grand Conseil est certes entré en matière sur la motion «Respect de la loi sur le travail dans les hôpitaux bernois», mais l'a ensuite considérée comme étant réglée. Cela parce que le Conseil-exécutif avait indiqué que le beco (Office cantonal de l'économie) prévoyait de faire des contrôles dans les cliniques et hôpitaux une priorité dès 2010.

Nous sommes bien sûr intéressés de voir si ces contrôles auront lieu et si oui, dans quels établissements. **Nous prions donc nos membres de nous informer des éventuels contrôles.**

La **loi sur le travail** n'améliore pas seulement les conditions de travail, mais représente aux yeux de l'ASMAC également une **chance** à saisir pour éclaircir d'importantes questions ayant trait à la structure et aux entreprises, pour optimiser des processus, pour définir des interfaces et pour bien d'autres choses encore. Nous espérons donc que cette opportunité va enfin être mise à profit. Pour cela, il faut cependant une volonté de mise en œuvre au plus haut niveau, des ressources en personnel, une équipe disposant d'un large appui, une gestion des changements et du courage.

Mise en œuvre des mesures d'économie

Les hôpitaux somatiques publics doivent – comme rapporté dans l'avant-dernier numéro du «Journal» – économiser 3% l'année prochaine, les institutions psychiatriques au total 14 millions. Les hôpitaux s'attellent de manière très variable à cette tâche. Certains révisent leurs structures, d'autres transmettent tout simplement le mandat de faire des économies aux différents départements ou tentent de réaliser des économies mesquines sur le dos du personnel. L'augmentation salariale n'est donc plus accordée conformément à la CCT. Et ce sont les heures supplémentaires qui doivent être compensées parce que le paiement de celles-ci serait plus cher que de payer des vacances ou des pauses. Le temps de repos ne compte soudain plus comme temps de travail. Pour nous, il est clair que les mesures d'économie ne doivent pas se faire au détriment du personnel. Nous sommes volontiers là pour apporter notre aide si nécessaire.

Motion «Hausse des primes de l'assurance-maladie»

Le député au Grand Conseil Daniel Pauli (PBD) a déposé la motion suivante:

Le Conseil-exécutif est chargé de ne plus admettre sur la liste des hôpitaux, à partir du 1er janvier 2010, que les hôpitaux qui sont prêts à signer un contrat de prestations selon le modèle de contrat utilisé comme instrument de pilotage pour les centres hospitaliers régionaux. Il devra obligatoirement contenir les éléments essentiels suivants:

1. Décompte avec les assureurs dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon le système DRG et rétribution selon le même tarif de base que dans les hôpitaux publics régionaux du canton de Berne, cette rétribution devant ainsi contenir une part pour les coûts d'utilisation des installations et d'investissements.
2. Plafonnement du nombre de cas décomptés chaque année au moyen d'un monitoring du nombre et de la gravité des cas (case mix index), par analogie avec la pratique actuelle dans les centres hospitaliers régionaux, et ce pour l'ensemble des hôpitaux inscrits sur la liste.

L'ASMAC salue cette motion, car elle créerait enfin des conditions équitables pour les hôpitaux privés et publics. Le Conseil-exécutif recommande d'adopter la motion sous forme de postulat.

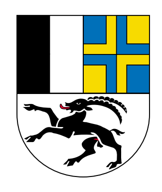
Pour conclure, l'ASMAC Berne souhaite à toutes et tous de joyeuses fêtes de fin d'année et une bonne année 2010. ❑

Rosmarie Glauser,
directrice de l'ASMAC Berne

Séminaires SwissDRG pour les médecins

A partir de janvier 2010, la FMH et H+ proposeront une nouvelle fois conjointement deux séminaires de base sur SwissDRG destinés aux médecins hospitaliers. Le séminaire d'une journée «SwissDRG-Grundlagen für Ärzte» est une bonne introduction à la thématique: les participantes et les participants s'y familiariseront avec les bases de SwissDRG et étudieront le cadre légal s'y rapportant. Ils/elles seront sensibilisés à l'importance essentielle d'un codage correct effectué avec les classifications CHOP et CIM 10 CH et de la comptabilité analytique en usage dans le système SwissDRG. Quant au séminaire «Ärzte und Kodierung: Verantwortung unter SwissDRG», il est conçu comme une seconde étape et s'adressera aux praticiens possédant une première expérience des DRG. D'une durée d'un jour lui aussi, il permettra aux personnes qui le suivront de connaître quelles bases sont nécessaires pour assumer la responsabilité du codage dans un petit hôpital, une clinique ou dans leur discipline. Elles s'y feront une vue d'ensemble de la structure et de la teneur des classifications CHOP et CIM 10 CH ainsi que des directives de codage. A l'aide de multiples exemples, elles pourront s'exercer sur place au codage, directement à l'écran. Ces séminaires reconnus par la FMH donneront droit chacun à 6,5 crédits de formation continue.

Vous êtes intéressé(e) par les séminaires SwissDRG? Vous en trouverez un descriptif détaillé ainsi que les dates sur www.fmh.ch – Tarifs – SwissDRG. Des informations générales sur SwissDRG sont également disponibles à cet endroit.



SECTION DES GRISONS

Ce fut une année riche en évènements



Le nouveau comité de la section des Grisons a entamé ses activités en janvier 2009. Avec Mathias Knoll, Claudia Heintze et Willi Walker (photo: de gauche à droite), ce sont des interlocuteurs directs de l'hôpital cantonal de Coire (KSC), du site de Fontana et des cliniques psychiatriques qui y sont représentés.
Dans le courant de l'année, la réglementation concernant les horaires de travail et les heures supplémentaires de l'hôpital d'Illanz a pu être mise en place. Des résultats satisfaisants ont pu être obtenus au KSC et pour le site de Fontana en ce qui concerne les décomptes d'honoraires.
Bien que la pression sur les coûts que subissent les hôpitaux se répercute sur les médecins et que des coupes soient effectuées dans le domaine du financement de la formation postgraduée, des salaires et de l'indemnisation financière ou par du temps libre et du service de piquet, il n'y a toujours qu'un petit nombre de membres qui viennent demander une aide à l'ASMAC en cas de problèmes.
Le comité de la section des Grisons a entamé cette année les travaux pour la mise en place d'un site web pour les régions de montagne. On espère ainsi, malgré la distance et les ressources en temps limitées, de pouvoir mieux aménager la collecte de demandes émanant des médecins et qui concernent tous les membres.
Un bureau permanent est actuellement également en cours de planification. Celui-ci aura pour but d'assurer la continuité au-delà des changements au sein du comité et fera office d'interlocuteur pour les membres. Cela permettra également de simplifier le travail du comité à l'avenir grâce au soutien administratif du bureau.
Un bilan de l'année 2009 sera présenté en janvier 2010 à l'occasion de l'assemblée générale. C'est toujours une bonne occasion – comme en janvier dernier – de nouer des contacts, de s'informer et de discuter des problèmes actuels. Vous recevrez une invitation ultérieurement. ❑

Claudia Heintze,
présidente de la section des Grisons



Nouveau comité de la section Suisse centrale

La section Suisse centrale a renouvelé son comité. Outre les membres actuels, Dragan Stojanov et Mathias Rössle ont été nouvellement élus au comité.

(De gauche à droite)

Dragan Stojanov,
médecin-assistant LUKS – représentant clinique

Mathias Rössle, chef de clinique, service de pathologie LUKS

Eric Vultier, juriste

Irene Burger, médecin-assistante en médecine nucléaire USZ, Zurich – co-présidente

Gert Printzen, Analytica Zurich – co-président et caissier

Andreas Hirth,
médecin-assistant en psychiatrie LUPS

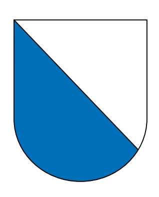
Nous nous engageons pour la défense de vos intérêts et souhaitons avoir un échange d'informations intensif avec vous!

Contact:
Dragan Stojanov, représentant clinique
ASMAC Suisse centrale
Dragan.Stojanov@ksl.ch ❑







SECTION ZURICH

Chargé de cours à l'œil

Depuis toujours, c'est un honneur de devenir chargé de cours à l'Université de Zurich. Depuis le semestre d'automne 2009, il se pourrait que cela reste plus ou moins purement honorifique. C'est au moyen d'un tableau joliment mis en page que les chargés de cours se sont vus informés par le département des enseignants de l'Université de Zurich des titres et des programmes de leurs mandats. Dans les colonnes «H bezahlt» (heures payées) et «Betrag in CHF» (montant en CHF) ne figurent que des zéros.

Le décanat de la faculté de médecine écrit dans sa lettre que des adaptations financières sont nécessaires à tous les niveaux en raison des difficultés budgétaires de l'Université. Et que cela s'applique hélas également au budget des chargés de cours de l'Université et des hôpitaux universitaires. L'indemnité définitive sera quant à elle communiquée vers la fin du semestre. Pas un mot de gratitude ou de regrets, pas un mot sur les causes de la crise financière à l'Université. Les médecins hospitaliers zurichois ASMAC ont demandé à l'Université de prendre position. Peut-être que celle-ci permettra d'éclairer cette obscurité académique. ❑

Rudolf M. Reck, président des médecins hospitaliers zurichois ASMAC



Collaboration fructueuse de la SwiMSA, de l'ASMAC et de la FMH

Marius Schlienger, SwiMSA

Les représentants des étudiants en médecine de Suisse ont rencontré le 28 septembre 2009 Simon Stettler (ASMAC) et Hanspeter Kuhn (FMH) afin de coordonner la manière d'agir en ce qui concerne l'obtention du doctorat en médecine.

La mise en œuvre de la réforme de Bologne dans les facultés de médecine de Suisse n'a pas seulement supprimé la séparation traditionnelle entre la partie préclinique et la partie clinique des études. On a également créé de nouvelles conditions cadres plus exigeantes pour l'obtention du titre de docteur en médecine.

Malgré cela, la confusion règne: des règles différentes s'appliquent dans les cinq facultés suisses. Cela conduit à ce que les étudiants de certaines facultés doivent supporter une charge de travail bien plus importante pour obtenir leur titre. Le laps de temps durant lequel la thèse de doctorat doit être rédigée peut s'élever à une année entière de travail de recherche après l'obtention du diplôme fédéral. Il est étonnant que jusqu'ici les facultés de médecine n'aient pas été en mesure de trouver un consensus quant aux exigences exactes pour la rédaction de la thèse de doctorat. Est-il judicieux que différentes réglementations relatives à l'obtention du doctorat s'appliquent dans notre petite Suisse pour les environ 600 étudiants qui obtiennent leur diplôme fédéral chaque année?

Les étudiants suisses craignent à juste titre d'être désavantagés par cette réglementation, non seulement par rapport aux autres étudiants des facultés suisses, mais également par rapport à l'étranger. Ce n'est en effet que la Suisse qui exige en plus du travail de Master une thèse de doctorat. Nos collègues allemands obtiennent ainsi le titre de «Dr. med.» à des conditions bien moins contraignantes. Et cela ne changera pas non plus si nos voisins du Nord décident aussi d'appliquer le système de Bologne pour la médecine. Au Danemark et en Hollande – qui sont outre la Suisse les seuls pays à avoir déjà introduit le système de Bologne en médecine – les étudiants obtiennent, après avoir réussi leur examen final, le titre «MD» qui est courant dans les pays anglo-saxons. La SwiMSA estime qu'une adaptation dans ce sens serait plus judicieuse.

Les trois associations SwiMSA, ASMAC et FMH sont d'accord sur le fait que la formation pour devenir médecin, y compris la thèse, ne doit être ni prolongée, ni rendue plus difficile.

Il y a encore un autre point sur lequel la SwiMSA, l'ASMAC et la FMH doivent collaborer pour empêcher que d'autres obstacles viennent entraver la formation des médecins dans le contexte de pénurie des médecins: le Département fédéral des finances a décidé d'augmenter massivement les taxes d'examen pour le nouvel examen fédéral qui sera organisé pour la première fois en 2011. La charge supplémentaire de 3200 francs en résultant est intolérable pour les étudiants et doit être combattue. ❑



Un conseil en toutes situations

Partenaires de conseil

- Academix Consult AG
- R.C. Pont Assurances s.à.r.l
- NEUPA Beratungs AG

Partenaires d'assurance

- Allianz Suisse
- Assura
- Caisse-Maladie des Médecins Suisses
- CONCORDIA
- EGK-Caisse de santé
- Groupe Mutuel
- Helvetia
- Innova
- Sanitas
- SWICA
- Sympany
- VAUDOISE
- Visana
- Winterthur ARAG
- Zurich
- Zurich Connect

Bahnhofplatz 10 A, case postale 7255, 3001 Berne
Tél. 031 350 44 22, fax 031 350 44 29
info@mediservice-asmac.ch, www.mediservice-asmac.ch

MEDISERVICE VSAO–ASMAC
transparence – exclusivité – individualité

Nouveau concept de conseil

Grâce à sa nouvelle orientation, l'association MEDISERVICE VSAO-ASMAC a renforcé sa palette de prestations. Ainsi, ses services de conseil ont été différenciés en fonction de leur complexité et encore mieux adaptés aux besoins des membres. Une plus grande partie des prestations est traitée en interne. Moins nombreux, nos partenaires de conseil externes bénéficient d'un statut réévalué. Ils doivent pouvoir satisfaire à des exigences de qualité élevées en matière d'orientation à la clientèle et d'éthique de conseil.

Accueil central

MEDISERVICE VSAO-ASMAC a pour but d'accompagner ses membres tout au long de leurs phases de vie. Pour toute question sur les prestations, les membres composent directement le numéro de téléphone 031 350 44 22. En dehors des horaires de bureau usuels, l'association peut être jointe via e-mail à l'adresse info@mediservice-asmac.ch. Dans la mesure du possible, les réponses sont fournies immédiatement. Quant aux requêtes de conseil plus complexes, elles sont transférées au partenaire de conseil compétent sur accord du membre. L'un des objectifs principaux est de réduire au maximum le délai entre demande et réponse.

Economie de coûts

Entre autres tâches, le service interne de MEDISERVICE VSAO-ASMAC aide les membres à réaliser des économies. Par exemple, via l'outil de vérification Check-up, il est possible de comparer les contrats d'assurance existants afin de trouver les solutions plus avantageuses. Ses contrats cadres et collectifs conclus avec des sociétés d'assurances de renom permettent à MEDISERVICE VSAO-ASMAC de proposer des offres attrayantes.

Conseil compétent et neutre

En cas de demandes complexes concernant l'assurance, la prévoyance ou les impôts, les membres de MEDISERVICE VSAO-ASMAC sont orientés vers un partenaire de conseil compétent. Le premier entretien d'environ une heure est gratuit. Les contrats de travail collectif établis par MEDISERVICE VSAO-ASMAC avec chaque partenaire garantissent la compétence et la neutralité du conseil fourni. Les sociétés de conseil sont autorisées à convenir d'honoraires pour leurs prestations. Cette nouvelle orientation ne concerne pas les contrats existants avec les anciens partenaires de conseil.

Médecins indépendants

En tant que spécialistes, les partenaires de conseil mettent leurs compétences au service des membres ayant opté pour l'indépendance professionnelle. Un partenariat qui, au vu des différentes offres attrayantes d'assurances et de prestations à l'intention des médecins indépendants, présente beaucoup d'avantages.



Peter Scheidegger
Vice-directeur/
Responsable assurances



«Nous ne sommes jamais entièrement satisfaits»

MEDISERVICE VSAO-ASMAC a eu une année mouvementée. La nouvelle structure de vente a permis à l'organisation de prestations de service de se rapprocher des membres. Simultanément, la gamme d'offres a encore été élargie. La présidence de MEDISERVICE VSAO-ASMAC, Katharina Gasser et Andrea Vincenzo Braga, tire un premier bilan.

Catherine Aeschbacher, rédactrice en chef du Journal ASMAC, s'est entretenue avec Katharina Gasser et Andrea Vincenzo Braga.

Il y a tout juste une année, MEDISERVICE VSAO-ASMAC s'est restructurée. L'entreprise administrative s'est transformée en centre de prestations de service qui contacte activement les membres. Quels étaient vos objectifs en ce qui concerne la réorientation?

Andrea Vincenzo Braga (AVB): Nous avions constaté, et c'était la raison principale de la restructuration, que les membres ne profitaient pas suffisamment de nos prestations. En même temps, nous constations que le corps médical était en permanence contacté par diverses organisations pour des offres parfois sans intérêt. Notre objectif était d'une part d'augmenter le nombre total de produits et d'autre part d'augmenter le nombre de produits par tête.

Katharina Gasser (KG): Avec la restructuration, nous voulions également renforcer MEDISERVICE. Nous voulions que notre organisation de prestations de service soit encore plus perçue par les membres comme faisant partie de l'ASMAC.

Avez-vous atteint ces objectifs?

KG: A l'heure actuelle, il est certainement encore trop tôt pour donner une réponse définitive. Mais les chiffres sont sans équivoque. Dans le cadre des offres proposées directement par l'entremise de MEDISERVICE, nous enregistrons aussi bien pour la totalité des produits que pour les produits par tête une croissance remarquable de 40 à 50 %.

Comment expliquez-vous ce succès?

AVB: D'une part par le fait que MEDISERVICE vend maintenant elle-même ses produits. Nous sommes le premier interlocuteur pour nos membres. Cela nous permet de mieux connaître les besoins. Le check-up des assurances s'est avéré être un succès. Nos membres apprécient de pouvoir faire classer et vérifier toutes leurs assurances sans engagement.

Y a-t-il encore eu d'autres succès?

KG: Ce qui me réjouis tout particulièrement, c'est que nous avons lancé avec succès la manifestation «MediFuture» en remplacement de «Medico vadis». En 2008, MEDISERVICE a pour la première fois organisé la manifestation sur mandat de l'ASMAC. Cette année, «MediFuture» sera organisé en collaboration par l'association politique et par MEDISERVICE.

Cette collaboration est très positive. Et pour finir j'aimerais encore une fois rendre attentif à www.carrieremedicale.ch. Notre outil de planification de carrière est très sollicité.

Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné?

AVB: Il y a quelques années, nous avons lancé une offre du nom d'Eulenberg. Eulenberg était un prestataire de services financiers spécialisé dans la gestion de fortune. Nous avons été forcés de constater que la demande était très faible parmi nos membres. Nous nous sommes donc retirés d'Eulenberg. Cela a pu être réglé sans difficultés, c'est-à-dire que MEDISERVICE, respectivement les membres, n'ont subi aucun inconvénient.

Une action téléphonique de la caisse-maladie Swica effectuée au nom de MEDISERVICE a provoqué quelques réactions négatives. Comment avez-vous réagi?

AVB: Je tiens tout d'abord à mettre les choses au point. Ce ne sont que certains membres qui se sont adressés à nous et qui se sont plaints de l'action. Nous avons personnellement contacté ces membres. Nous avons par ailleurs fait établir une expertise juridique pour vérifier si notre comportement était réglementaire. D'un point de vue purement juridique, tout s'est passé correctement. Nous n'avons malgré tout pas l'intention de contrarier nos membres. C'est pourquoi nous avons envoyé un courrier à tous les membres. Les membres qui ne souhaitent plus être contactés téléphoniquement par nos partenaires à l'avenir peuvent donc nous le faire savoir.

KG: Je comprends que les appels téléphoniques le soir à domicile sont parfois désagréables. D'autre part, nous avons pu convenir des rendez-vous avec 900 membres suite à l'action. C'est un chiffre très important qui montre un besoin important. Nous allons par conséquent à l'avenir aussi utiliser sporadiquement le téléphone pour informer les membres sur des offres spéciales, en plus des publipostages traditionnels et des annonces dans le «Journal». Mais seulement pour ceux qui le souhaitent.*

Quelles sont les tâches prioritaires de MEDISERVICE pour l'année à venir?

AVB: Bien sûr que nous voulons consolider notre nouvelle structure et analyser la durabilité du développement. Et pour finir, nous avons un important projet. Celui de la prise en charge externe des enfants. Le sondage a montré qu'il existe une demande de la part des membres. Il s'agit maintenant d'éclaircir dans quelles conditions nous pouvons réaliser le projet de crèche/maman de jour. La FMH a déjà manifesté son intérêt pour notre projet. Cela montre que les projets de MEDISERVICE attirent l'attention au-delà du cercle de nos membres. Le projet de crèche/maman de jour correspond d'ailleurs à notre philosophie du modèle des phases de vie, selon lequel nous voulons offrir les solutions les mieux adaptées depuis les études jusqu'au départ à la retraite.

KG: Le Comité directeur de MEDISERVICE n'est jamais vraiment satisfait, car il souhaite des offres en plus grand nombre encore et de meilleure qualité pour les membres. Grâce à un Comité directeur qui aime débattre *(elle rit)*, mais qui cherche toujours des solutions constructives, et aux collaborateurs de MEDISERVICE qui sont prêts à s'engager sur de nouvelles voies et qui fournissent un travail important grâce à leur savoir, bien des choses sont possibles. Personnellement, j'attache de l'importance à un lien encore plus étroit avec l'association politique et ses organes. Car l'ASMAC et MEDISERVICE poursuivent le même but: travailler dans l'intérêt des membres. ❑

Informations sur la personne – Katharina Gasser

Etudes de médecine à Fribourg et Berne, ensuite formation postgraduée avec obtention du titre en médecine pharmaceutique. Dès 2006 chez Novartis Pharma Suisse, depuis avril 2009 comme Medical Director. Mère d'un fils de 10 ans.



Le Comité directeur de MEDISERVICE n'est jamais vraiment satisfait, car il souhaite des offres en plus grand nombre encore et de meilleure qualité pour les membres.

Informations sur la personne – Andrea Vincenzo Braga

Etudes de médecine à Berne et Sydney avec obtention du titre de médecin spécialiste en chirurgie. Obtention d'un MBA en finances Rochester-Berne. Après une opération du dos, carrière dans l'industrie pharmaceutique et la technologie médicale, depuis 2007 médecin-chef/Medical Director Medi 24 (centre de consultation télémédicale leader sur le marché). Marié, père d'un fils.



Le projet de crèche/maman de jour correspond d'ailleurs à notre philosophie du modèle des phases de vie, selon lequel nous voulons offrir les solutions les mieux adaptées depuis les études jusqu'au départ à la retraite.

* Remarque de la rédaction: L'interview a été réalisée avant l'Assemblée des délégués de MEDISERVICE VSAO-ASMAC.

«Le manque de connaissances favorise l'incompréhension»

Entre le corps médical et les caisses-maladie ne règne généralement pas une profonde amitié. Fredi Bacchetto, lui-même médecin et directeur de la caisse-maladie Assura, voit les causes de la méfiance mutuelle principalement dans le manque de connaissances de l'autre et de ses tâches. En outre, il plaide pour la mise en place d'un service de médiation auquel il pourrait être fait appel en cas de conflits.

Barbara Reber, experte en caisse-maladie MEDISERVICE VSAO-ASMAC, a mené l'entretien avec le Dr Fredi Bacchetto.

Vous êtes médecin et travaillez aujourd'hui comme directeur d'une assurance-maladie. Pourquoi avez-vous changé de front?

Fredi Bacchetto: Je tiens tout d'abord à dire que je n'aime pas vraiment l'expression «changement de front». Car les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie remplissent tous un mandat. Là où une collaboration est nécessaire, il faudrait que cela se fasse sous forme d'un partenariat sans que des fronts se créent. Mais revenons à votre question: c'est dans le cadre de la direction d'un hôpital en Afrique que j'ai découvert ma préférence pour la gestion de systèmes complexes. Assura est une entreprise moderne, en plein développement et qui possède un important potentiel de développement. J'y ai donc trouvé ma deuxième vocation de manager. Comme médecin, j'apporte à mon avis les conditions idéales pour exercer une telle fonction. Je parle la même langue que le corps médical, les patients ainsi que les assureurs et peut donc construire des ponts importants entre les différents acteurs.

Pour de nombreux médecins, les assureurs-maladie représentent une pierre d'achoppement permanente. Est-ce que vous comprenez leur défiance?

Les assureurs-maladie sont soumis à de fortes pressions en ce qui concerne le contrôle des coûts. Ils ont par ailleurs pour mandat d'appliquer la loi sur l'assurance-maladie. Ce qui est lié à une forte activité de contrôle – en particulier aussi des fournisseurs de prestations. Si nous attirons l'attention du corps médical sur une restriction de prestation, nous rencontrons souvent l'incompréhension. Et quand nous présentons chaque année, sous forme des primes, la facture pour les prestations commandées, c'est le tollé général dans les médias, les milieux politiques et la population. Nous devons très souvent faire face à une certaine hostilité.

Mais tout de même, où se situent les causes de cette méfiance mutuelle?

Personne n'aime les contrôles. Un grand problème concerne cependant l'asymétrie des connaissances: on trouve ainsi d'un côté des connaissances juridico-techniques et de l'autre des connaissances médicales. Il en résulte un manque de sensibilité mutuel et l'incapacité de se comprendre.

Qu'est-ce que les médecins pourraient faire pour améliorer la situation?

Le corps médical devrait toujours être conscient du fait que nous mettons en œuvre un mandat de droit public et que nous sommes par conséquent liés à des prescriptions claires qui ne laissent guère de marge de manœuvre. Les conflits avec les assureurs se déclenchent souvent en raison du manque de connaissances des médecins en matière de prescriptions légales et donc par conséquent également du manque de compréhension pour le contexte. Là où on dispose de connaissances en médecine des assurances, le potentiel de conflit baisse fortement. C'est pourquoi nous sommes d'avis que tous les collègues devraient acquérir de telles connaissances de base, pour autant qu'ils ne les possèdent pas déjà.

Que peuvent faire les assureurs-maladie?

Les médecins ne veulent toujours que le meilleur pour leurs patients. Pour eux, l'aspect des coûts est souvent secondaire. Nous devons apprendre à nos collaborateurs que ce comportement n'est pas mal intentionné. La grande majorité des médecins a un comportement à la fois correct et honnête et fournit un travail d'une excellente qualité. Nous devons en premier lieu partir de ce principe. C'est d'ailleurs une raison pour laquelle Assura ne s'est jamais opposée à l'obligation de contracter. Un autre problème est constitué par le manque de connaissances médicales qui caractérise de nombreux employés de la branche. C'est à mon avis un domaine qui nécessite un certain rattrapage.

Est-ce que votre compagnie Assura entreprend des efforts pour améliorer la situation?

Oui, bien sûr. Nous proposons en permanence des formations et perfectionnements médicaux pour tous nos employés. Nous nous efforçons également de trans-

L'assurance-maladie Assura

L'assurance Assura fondée en 1978 compte avec plus d'un demi-million d'assurés parmi les dix plus grands assureurs de Suisse. 700 collaborateurs assurent le suivi de la clientèle dans 12 filiales. Assura offre un rapport primes/prestations très compétitif avec des produits d'assurance attrayants. Elle s'efforce de limiter les augmentations de primes continuelles. C'est pourquoi elle renonce à de la publicité onéreuse et en appelle au sens des responsabilités des assurés. Elle était la première assurance-maladie à proposer à ses clients des franchises à option. Les membres de MEDISERVICE ASMAC ont la possibilité de s'affilier à des conditions préférentielles au contrat collectif d'Assura.

mettre nos expériences par le biais d'activités politiques au niveau des associations. Nous avons ainsi lancé des offres de formation continue et de perfectionnement pour le corps médical via la Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances SSMC. Simultanément, nous avons élaboré avec la collaboration de santésuisse de très bonnes offres de formation visant à renforcer le professionnalisme des employés d'assurance. Et pour finir, nous sommes actuellement en train d'élaborer au sein de la SSMC un séminaire pratique consacré à la médecine des assurances. Dès que l'offre sera disponible, elle sera publiée via les canaux de MEDISERVICE VSAO-ASMAC.



Informations sur la personne

Fredi Bacchetto est né en 1957 et a effectué ses études de médecine aux universités de Fribourg et de Zurich avec examen fédéral en 1982. Jusqu'en 1994, il a travaillé dans des hôpitaux et cabinets médicaux. Ensuite, il a suivi la formation postgraduée pour devenir médecin spécialiste en prévention et santé publique. En 1996, il a obtenu le Master of Public Health des universités de Zurich, Bâle et Berne. A partir de 1998, Fredi Bacchetto a travaillé plusieurs années comme médecin-conseil. Aujourd'hui, il dirige, en tant que directeur de l'assurance-maladie Assura, le département des prestations du groupe en Suisse alémanique. En tant que membre du comité directeur de la Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurance SSMC, il est responsable de la formation postgraduée et continue des médecins-conseils en Suisse.

Voyez-vous encore d'autres possibilités?

Oui. Nous avons proposé au président de la FMH de créer un service de médiation qui aurait pour tâche d'intervenir lors de divergences entre le corps médical et les assureurs. Nous sommes même disposés à financer ce service. Ce serait pour nous une manière constructive de s'attaquer aux divergences de vues.

Pour ce qui est de la satisfaction de la clientèle («K-Tipp»/ 13/2009), Assura n'obtient pas de très bonnes notes. Quelles conclusions en tirez-vous?

Assura ne fait pas partie de la grande masse des assureurs-maladie. Laissez-moi donner un exemple: admettons que vous avez choisi une franchise à option à 1500 francs et que vous devez maintenant retirer des médicaments à la pharmacie pour un montant de 100 francs. Normalement, l'assurance rembourse d'abord le médicament au pharmacien directement via le tiers payant pour ensuite à nouveau facturer le montant à l'assuré, étant donné qu'il n'a pas encore épuisé sa franchise. C'est un bel exemple de travail administratif inutile! Nous pouvons économiser des coûts et ainsi des primes en faisant payer les frais de médicaments directement par les assurés à la pharmacie. Ceux-ci peuvent ensuite envoyer les factures de manière groupée à l'assurance lorsqu'elles atteignent la franchise. C'est exactement ce qu'Assura demande à ses clients. Nous sommes à ce jour la seule assurance qui renonce encore au remboursement direct avec les pharmacies, bien que cela permettrait de réduire considérablement les coûts. Et on oublie d'ailleurs toujours encore que la LAMal prévoit la facturation des prestations au patient, c'est-à-dire le tiers garant, et que nous respectons donc simplement la loi.

Il existe de nombreux exemples de ce type chez Assura. Mais nos idées ne sont pas toujours bien comprises. De nombreux clients estiment que nous offrons de mauvaises prestations aux clients, parce que nous leur imposons certaines contraintes. Les assurés doivent être responsabilisés et contribuer à économiser des coûts. Les clients qui passent d'une autre assurance-maladie chez nous ne sont pas habitués à cela. Ils ont donc parfois de la peine à l'accepter lorsqu'ils parviennent à nous via un service de comparaison par Internet et que nous n'avons pas pu leur faire comprendre les fondements de notre philosophie d'entreprise.

Nous leur proposons en contrepartie des primes avantageuses depuis maintenant trente ans. En moyenne suisse, nous avons toujours eu les primes les plus avantageuses. C'est d'ailleurs ce que «K-Tipp» confirme. ❑

Le projet de prise en charge des enfants rencontre un vif intérêt

Le sondage effectué par MEDISERVICE VSAO-ASMAC concernant le projet de crèche/maman de jour a pris fin le 15.9.2009. Plus de 1100 membres ont participé au sondage. Les résultats sont sans équivoque: 96 % des membres approuvent en principe une telle offre. 75 % feraient appel à une telle offre de MEDISERVICE VSAO-ASMAC.
Nous élaborons actuellement un concept général et vous informerons en conséquence.
Nous vous remercions de votre participation et de votre intérêt.

Arzneimittel zur Raucherentwöhnung führt nicht zu erhöhtem Risiko für Selbstverletzungen oder Depressionen

Wissenschaftliche Studie zu suizidalem Verhalten unter Vareniclin: Kohortenstudie basierend auf Daten der General Practice Research Database

Laut neuer wissenschaftlicher Daten, die soeben auf bmj.com veröffentlicht wurden, liegen keine überzeugenden Beweise dafür vor, dass das beliebte Raucherentwöhnungsmittel Vareniclin das Risiko für selbstverletzendes Verhalten oder Depressionen im Vergleich zu anderen Arzneimitteln für die Nikotinentwöhnung erhöhen könnte.

Im Zusammenhang mit dem kürzlich zugelassenen, nachgewiesenermassen wirksamen Raucherentwöhnungsmedikament Vareniclin wurden Bedenken geäussert, dass das Arzneimittel das Risiko für suizidales Verhalten und Suizid erhöhen könnte. Trotz entsprechender Warnhinweise von Arzneimittelbehörden weltweit zu einem möglicherweise erhöhten Risiko wird Vareniclin weiterhin häufig für die Raucherentwöhnung eingesetzt.

Um eine umfassendere Evidenz zu Vareniclin zu gewinnen, verglichen Wissenschaftler der Universität Bristol und der britischen Arzneimittelbehörde MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) das Risiko für selbstverletzendes Verhalten unter Vareniclin mit dem entsprechenden Risiko bei Bupropion, einem anderen Raucherentwöhnungspräparat, und Nikotinersatzprodukten (Nikotinpflaster, Inhalatoren, Kaugummis, Tabletten und Lutschtabletten).

Mithilfe von Daten der General Practice Research Database wurden 80.660 Männer und Frauen zwischen 18 und 95 Jahren identifiziert, denen zwischen September 2006 und May 2008 ein neues Präparat für die Raucherentwöhnung verordnet wurde.

Die Studienteilnehmer erhielten entweder ein Nikotinersatzpräparat (n=63.265) oder Vareniclin (n=10.973) bzw. Bupropion (n=6.422).

Alle für den Zeitraum der medikamentösen Behandlung und die drei Monate nach dem Zeitpunkt der letzten Arzneimittelverordnung vorliegenden elektronischen Patientenakten wurden auf tödliche und nichttödliche Selbstverletzungen, Selbstmordgedanken und Depressionen untersucht.

Nach Bereinigung der Ergebnisse in Bezug auf verzerrende Faktoren lagen keine eindeutigen Beweise für Selbstverletzungen, Selbstmordgedanken oder Depressionen unter Vareniclin oder Bupropion vor.

Die Autoren der Studie wiesen jedoch darauf hin, dass trotz des fehlenden Nachweises eines erhöhten Selbstverletzungsrisikos unter Vareniclin die begrenzte Aussagekraft der Studie nicht ausschliesse, dass möglicherweise eine Halbierung oder Verdopplung eines entsprechenden Risikos bestehe.

Sie forderten somit weitere Untersuchungen der Auswirkungen von Vareniclin auf das Selbstmordrisiko auf der Grundlage anderer Datenbanken und Sekundäranalysen aller in klinischen Studien berichteten unerwünschten Ereignisse.

Abschliessend zogen die Autoren den Schluss, dass alle möglicherweise bestehenden Risiken auch im Zusammenhang mit dem langfristigen Nutzen einer Raucherentwöhnung für die Gesundheit der jeweiligen Patienten und der Wirksamkeit von Vareniclin als Mittel zur Nikotinentwöhnung zu betrachten seien.

Vareniclin wird im Handel unter dem Namen Champix® vertrieben.

Quellen:

1) www. bmj.com: Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database; Gunnell D., Irvine D., Wise L., Davies C., Martin R. M. BMJ 2009;339:b3805, doi: 10.1136/bmj.b3805.

Co-Amoxi-Mepha®: un nom bien connu dans le monde des antibiotiques

C'est depuis 2000 que Mepha propose dans son assortiment l'antibiotique à large spectre Co-Amoxi-Mepha®. Au coursv de ces neuf années, Mepha est parvenu à faire de ce produit l'antibiotique le plus utilisé en Suisse[1]. Un cabinet médical ou une pharmacie qui n'en disposerait pas est chose impensable dans notre pays.

Notre succès est parfaitement justifié: par tradition, Mepha va à la rencontre des besoins de ses clients et leur apporte son soutien en pratique quotidienne. Diverses prestations de service, une large gamme de médicaments et des formes galéniques innovantes sont autant d'exemples de la volonté de Mepha de toujours en proposer davantage.
A l'instar du Co-Amoxi-Mepha®, qui est lui aussi un produit particulier. Parmi les très utiles prestations de service figurent les brochures sur les antibiotiques destinées aux patients, ainsi que le très pratique disque de dosage pour la suspension de Co-Amoxi-Mepha® pour enfants qui facilite la vie quotidienne à l'hôpital, au cabinet médical et à la pharmacie. Une aide pour le dosage facilite le traitement par Co-Amoxi-Mepha® suspensions pour enfants. Il est ainsi très facile de déterminer le nombre de millilitres nécessaires par kilo de poids corporel – sans l'aide du Compendium ou d'une calculette.

Une galénique innovante qui répond à tous les besoins
Les nombreuses formes d'administration de Co-Amoxi-Mepha® sont une autre raison expliquant le succès de notre produit. Pas moins de 12 formulations de Co-Amoxi-Mepha® – des comprimés aux suspensions en passant par les ampoules injectables – figurent au programme de Mepha. En 2007, la gamme s'est encore enrichie de formes en comprimés dispersibles que même l'original ne propose pas.
La position de leader de Co-Amoxi-Mepha®[1] est simple à résumer en quelques mots:

- Large assortiment facile à utiliser
- Des aides pratiques gratuites
- Des prix intéressants

Mepha Pharma SA
Dornacherstrasse 114
4147 Aesch BL
Téléphone 061 705 43 43
www.mepha.ch



Co-Amoxi-Mepha® comprimés dispersibles. Disponibles aux doses de 625 mg et de 1000 mg. La prise se fait soit en avalant le comprimé entier, soit sous forme dispersée, dissoute dans de l'eau (avec son arôme de fruits tropicaux) – qui, par conséquent, convient notamment en cas de troubles de la déglutition.



La brochure destinée aux patients contient des informations compréhensibles pour tout le monde sur l'antibiothérapie et des explications au sujet du problème des résistances.



Unique en son genre, le disque de dosage pour les trois suspensions de Co-Amoxi-Mepha® – ainsi, calculer la dose correcte pour les petits patients devient un jeu d'enfant.

[1] IHA Pharmapanel, juin 2009

Traitement optimisé des BPCO

VIENNE. Les options thérapeutiques sont limitées dans le traitement des broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Toutefois, comme le montre l'association de budésonide/formotérol avec le tiotropium (bronchodilatateur à longue durée d'action), il est parfaitement possible d'atteindre une bonne gestion de la maladie avec les médicaments disponibles.

Chez les patients présentant une progression croissante de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les directives GOLD – reconnues à l'échelle internationale – recommandent une intensification du traitement médicamenteux.[1] Cela signifie qu'on prescrira un traitement régulier avec un ou plusieurs bronchodilatateurs à longue durée d'action (bêta-2-mimétiques, anticholinergiques) lors d'une BPCO modérée (stade GOLD II) et que l'ajout d'un corticostéroïde à inhaler (CSI) est recommandé lors d'une BPCO sévère (stade GOLD III) avec des exacerbations récurrentes. Le médicament associé Symbicort® (budésonide/formotérol), qui contient à la fois un corticostéroïde à inhaler et un bêta-2-mimétique alliant une prise d'effet rapide et une longue durée d'action (LABA), a permis dans des études une amélioration rapide et persistante de la fonction pulmonaire, avec réduction des exacerbations sévères.[2,3]

L'étude CLIMB présentée à Vienne dans le cadre du congrès annuel de l'ERS (European Respiratory Society) montre à présent que le budésonide/formotérol associé au bronchodilatateur anticholinergique tiotropium (Spiriva®) à longue durée d'action peut contribuer de façon décisive à l'amélioration du traitement de la BPCO.[4] Le Professeur Roland Buhl de Mayence a commenté les résultats de l'étude ainsi: «L'association de deux bronchodilatateurs à longue durée d'action qui présentent des mécanismes d'action différents permet une amélioration de la fonction pulmonaire telle qu'elle était encore impensable lors de mes débuts en médecine.»

Meilleure fonction pulmonaire, moins de symptômes

L'étude CLIMB – une étude multicentrique, en double aveugle, par groupes parallèles – a été menée sur une période de 12 semaines auprès de 660 patients souffrant d'une BPCO de grade modéré à sévère (VEMS pré-dose ≤50%).

Le traitement individuel des participants a été stoppé plusieurs semaines avant le début de l'étude: deux semaines pour l'arrêt de LABA, quatre semaines pour l'arrêt des CSI. Dans la phase de deux semaines de run-in par la suite, tous les participants ont reçu du tiotropium (18 µg, 1 bouffée 1 fois par jour). A la fin de cette phase, les participants ont été assignés par randomisation à l'un ou à l'autre groupe de traitement, dont l'un était traité par Symbicort® (1 inhalation de 400/12 µg 2 fois par jour)* en plus du tiotropium, tandis que l'autre ne recevait que le tiotropium et un placebo. Les participants avaient le droit d'utiliser de la terbutaline de façon complémentaire pour combattre les symptômes.

L'examen du critère primaire a montré que le traitement supplémentaire par Symbicort® était associé à une augmentation significativement supérieure du VEMS pré-dose (mesuré avant l'inhalation) en comparaison avec le traitement au tiotropium seul ($p < 0,001$). Sous le traitement associant budésonide, formotérol et tiotropium, l'amélioration du VEMS était supérieure de 6% (65 ml) au traitement de comparaison. En comparaison avec le tiotropium seul, la trithérapie a conduit dans les 5 et 60 minutes post-dose (après l'inhalation) à une augmentation du VEMS de 123 ml et de 131 ml respectivement.

Les participants traités par tiotropium en association avec Symbicort® ont souffert nettement moins souvent des symptômes typiques d'une BPCO, comme par exemple détresse respiratoire, sensation d'oppression, toux et réveils nocturnes ($p< 0,001$). La médication de secours a été significativement moins utilisée que dans le groupe de contrôle ($p< 0,001$) et le risque d'exacerbations sévères a pu être réduit de 62% au cours de la période d'observation de 12 semaines ($p< 0,001$).

Heures du matin particulièrement difficiles

Le symposium de l'ERS a accordé une attention particulière aux fluctuations des symptômes, un phénomène fréquemment rapporté par les patients souffrant d'une BPCO. Ainsi, une étude de Martyn R. Partridge et al. a montré que les patients atteints d'une BPCO sévère sont particulièrement affectés par les restrictions dues aux manifestations fréquentes de symptômes matinaux.[5] L'augmentation significativement plus rapide et durable du VEMS après l'inhalation matinale ($p< 0,001$ pour les deux) montre que Symbicort® associé au tiotropium pourrait constituer une option thérapeutique judicieuse. En même temps, ce groupe a subi moins de symptômes matinaux, si bien que les personnes en question ont eu plus de facilité à effectuer les divers gestes de la vie quotidienne, par exemple se laver, s'habiller ou prendre le petit déjeuner ($p< 0,05$).[4]

A ce sujet, le Professeur Tobias Welte, Hanovre, responsable de l'étude CLIMB, a observé: «Ces résultats démontrent nettement que l'association du tiotropium au budésonide/formotérol permet un traitement amélioré à l'immédiat et à long terme chez les patients souffrant d'une BPCO et de ses symptômes.»

** L'homologation pour la BPCO en Suisse prévoit 2 fois par jour 2 inhalations de 200/6 µg*

Références

1. Global Initiative for Chronic Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease. Update 2008. www.goldcopd.com.
2. Calverley PM et al. Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2003; 22: 912–919.
3. Lindberg A et al. Fast onset of effect of budesonide/formoterol versus salmeterol/fluticasone and salbutamol in patients with chronic obstructive pulmonary disease and reversible airway obstruction. Respirology 2007; 12: 732–739.
4. Welte T et al. Efficacy and tolerability of budesonide/formoterol added to tiotropium in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2009; 180: 741–750.
5. Partridge MR et al. Patient insight into the impact of chronic obstructive pulmonary disease in the morning: an internet survey. Curr Med Res Opin 2009; 25(8): 2043–2048.

«Car les uns sont dans l'obscurité et les autres dans la lumière.»

Ce passage traduit de «l'Opéra de quat'sous» (Die Dreigroschenoper) de Bertolt Brecht n'a rien perdu de son actualité.
Que celui qui veut se retenir avec distinction le fasse. Car il y a sur nos routes aussi des personnes qui préfèrent toujours encore passer inaperçues.
L'ASMAC veut par contre être encore plus visible et présente. Nos membres veulent être affiliés à une association à laquelle ils peuvent s'adresser spontanément et en laquelle ils peuvent avoir confiance. Elle doit être disponible et s'engager pour eux. Les instances politiques et administratives doivent se trouver face à un partenaire fort dans le débat de la politique de la santé ainsi que pour la mise en œuvre au quotidien des prescriptions au niveau national et cantonal.
Les problèmes urgents au quotidien comme en politique n'ont rien à faire dans un tiroir, ils doivent être mis sur la table et réglés. Même si les conséquences peuvent au premier abord paraître désagréables, il paraît évident que toute tentative d'occulter le débat coûte cher à long terme. Dans ce contexte aussi, l'ASMAC peut apporter d'importantes contributions en tant qu'association jeune et économiquement indépendante. Dans de nombreuses discussions concernant diverses questions ayant trait au système de santé, il n'y a toujours pas consensus général concernant la question de base: «Que voulons-nous vraiment?» Il existe encore un écart très important entre la solution du «tout gratuit» et la «rentabilité maximale». Tout cela demande réflexion.

Mon appel à tous est donc sans équivoque:
Allumez la lumière quand l'obscurité arrive!

Christoph Bosshard,
président de l'ASMAC

«Et l'on voit ceux qui sont dans la lumière, ceux dans l'obscurité restent invisibles.» *(Bertolt Brecht)*

Argovie



Membres: 941

Présidence: Philipp Rahm

Comité: Susanne Delmenico, Markus Guzek, Corina Kim-Fuchs, Elena Kralidis, André Paul, Beatrice Paul, Eric Vultier (juriste)

Secrétariat: VSAO Aargau, Vorstettli 13, 4524 Günsberg,
téléphone 032 637 07 15 (seulement lundi 14 h–16 h 30 et vendredi 9 h 30–12 h), fax 032 637 07 16, e-mail: aargau@asmac.ch



De gauche à droite: Markus Guzek, Corina Kim-Fuchs, Beatrice Paul, Susanne Delmenico, Philipp Rahm (président), Elena Kralidis (manquant: André Paul).

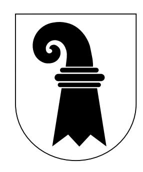


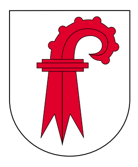
Eric Vultier

Lic. iur., avocat, consultant juridique des sections David de l'ASMAC (AG, SO, ZS, SG/AR/AI, TG)

Prestations pour les membres des sections: conseil juridique gratuit pour les questions de droit du travail. Auf der Mauer 2, 8001 Zurich, téléphone 044 250 43 23, fax 044 250 43 20, e-mail: vultier@schai-vultier.ch

Bâle (VBAO – Verband Basler Assistenz- und Oberärzte/-innen)





Membres: 2229

Présidence: Marco Bachmann

Comité: Sibyl Iso, Susi Stöhr, Sonja Truestedt, Claudia von Wartburg (secrétaire générale)

Secrétariat: Claudia von Wartburg, avocate/secrétaire générale, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen, téléphone 061 421 05 95, fax 061 421 25 60, sekretariat@vbao.ch, www.vbao.ch



Marco Bachmann (président), Sonja Truestedt, Susi Stöhr, Sibyl Iso.



Claudia von Wartburg, secrétaire générale et avocate.

Berne



Membres: 3060

Présidence: Christoph Bosshard, Lars Frauchiger (s'occupe depuis octobre 2009 des affaires de la présidence)

Comité: Philipp Achermann, Christiane Arnold (vice-présidente), Anja Bohr, Christian Britschgi, Nino Brunner, Konstantin Burgmann, Marie-Claire Desax, Sebastian Gathmann, Corinne Geppert (vice-présidente), Philipp Grob-Blum, Franziska Grunder, Christoph Leitner, Anna Nŷgren, Tim Saier, Adrian Schneider, Urs Sieber, Sancha Spörri, Lisa Strahm, Anne Stuhlert, Kristina Tänzler, Jan Vontobel

Secrétaire générale: Rosmarie Glauser, avocate. Rosmarie Glauser se tient aussi à disposition des membres de la section pour des questions juridiques.

Secrétariat: VSAO Bern, Rosmarie Glauser, avocate/directrice, Schwarztorstrasse 22, 3007 Berne, téléphone 031 381 39 39, fax 031 381 82 41, e-mail: bern@asmac.ch, glauser@vsao.ch. Page d'accueil: www.vsao-bern.ch



Christoph Bosshard, président.



Christiane Arnold, vice-présidente.



Lars Frauchiger, vice-président.



Corinne Geppert, vice-présidente.

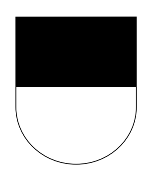


Rosmarie Glauser, secrétaire générale/ avocate.



Gabriela Meister-Vogt, secrétaire générale suppléante/ avocate.

Fribourg



Membres: 340

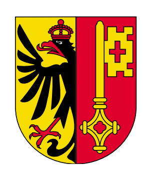
Présidence: Wenceslao Garcia

Comité: Ch. Becker, Christophe Berchier (vice-président), Marc Blondon, Anne Luisoni (secrétaire), Murielle Ottiger (caissière), J.-M. Steithy, Pascal Vuilleumier (Webmaster)

Secrétariat: Association des médecins-assistants et chefs de clinique, section Fribourg, case postale, Hôpital cantonal de Fribourg, 1708 Fribourg

Consultant juridique: D[r] Tarkan Göksu, avocat, rue St-Pierre 10, case postale 822, 1701 Fribourg, téléphone 026 322 37 37, fax 026 323 29 55, e-mail: tarkan.goeksu@unifr.ch

Genève (AMIG)



Membres: 1080

Présidence: Yannick Mercier (a. i.)

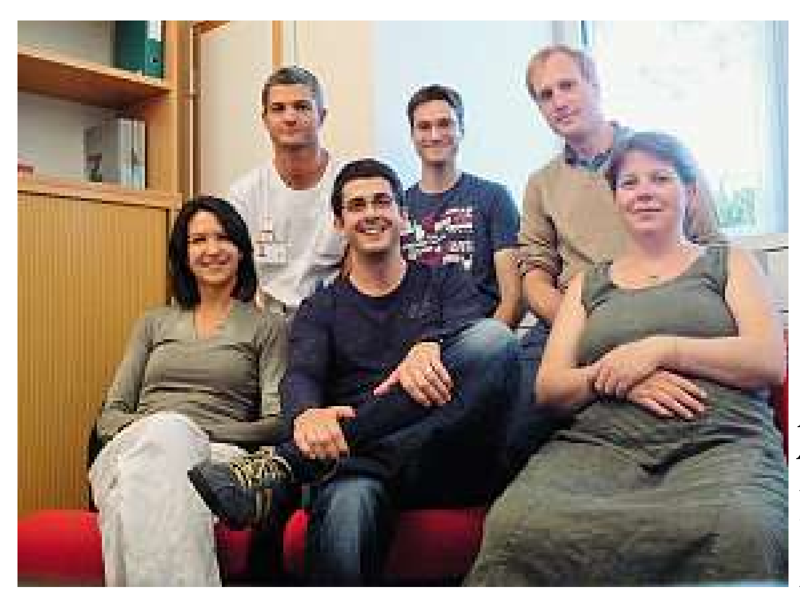
Vice-présidence: Alain-Stéphane Eichenberger, Christina Fokianos

Comité: Thomas Agoritsas, Guillaume Favre, Christophe Marti, Denis Rentsch, Laetitia Ribordy, Tatiana Roiron, Hervé Spechbach

Webmaster: Jérome Goncerut

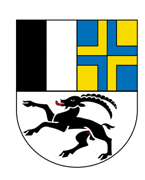
Secrétaire: vacant

Secrétariat: Association des Médecins d'Institutions de Genève, case postale 23, rue Micheli-du-Crest 24, 1211 Genève 14, e-mail: amig@amig.ch, www.amig.ch



De gauche à droite, en haut: Alain-Stéphane Eichenberger, Thomas Agoritsas, Hervé Spechbach; en bas: Laetitia Ribordy, Yannick Mercier (président a. i.), Tatiana Roiron.

Grisons



Membres: 858

Présidence: Claudia Heintze

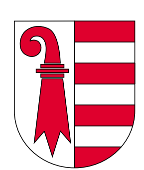
Comité: Mathias Knoll, Willi Walker

Secrétariat: graubuenden@asmac.ch



De gauche à droite: Mathias Knoll, Claudia Heintze et Willi Walker.

Jura



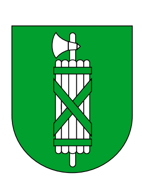
Membres: 143

Présidence: vacant

Comité: Carlos Munoz

Secrétariat: Carlos Munoz, chemin des Vauches 7, 2900 Porrentruy, téléphone 032 466 72 67, e-mail: cfmunoz@bluewin.ch

St-Gall/Appenzell



Membres: 964

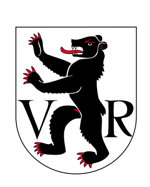
Présidence: Arnoud Templeton, Daniel Engeler

Comité: Habib Kherbèche, Barbara Reut, Raphael Stolz, Ralph Litschel, Andreas Infanger

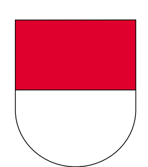


Secrétariat: Section St-Gall/Appenzell, Anette Gasser, Vorstettli 13, 4524 Günsberg, téléphone 032 637 07 15 (lundi 14 h–16 h 30 et vendredi 9 h 30–12 h), fax 032 637 07 16, e-mail: st.gallen_appenzell@asmac.ch

Dr Arnoud Templeton, Medizinische Onkologie, Kantonsspital St.Gallen, 9007 St.Gallen, arnoud.templeton@kssg.ch



Soleure



Membres: 396

Présidence: Felix Kurth

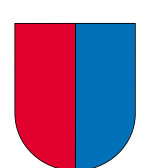
Comité: Yves Brand, Karen Gutscher, Daniel Schröpfer, Cirus Schahab, Eric Vultier (juriste)

Secrétariat: VSAO Solothurn, Anette Gasser, Vorstettli 13, 4524 Günsberg, téléphone 032 637 07 15 (seulement lundi 14 h–16 h 30 et vendredi 9 h 30–12 h), fax 032 637 07 16, e-mail: solothurn@asmac.ch



De gauche à droite, en haut: Yves Brand, Karen Gutscher, Daniel Schröpfer, Cirus Schahab; en bas: Eric Vultier, Felix Kurth (président).

Tessin (ASMACT)



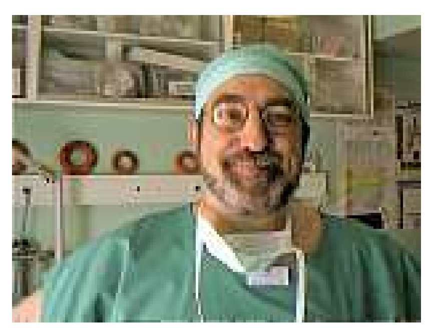
Membres: 495

Présidence: Edoardo Bisio

Comité: Michel Conti, Andrea Donadini, Nicola Donati, Davide Fadini, Nicola Ferrari (secrétaire), Nicola Ghisletta (déléguée OMCT), Sonia Lucini (contrôleuse des comptes), Mario Manganiello, Barbara Noembrini

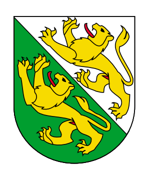
Secrétariat: ASMACT Lugano – Avv. Marina Pietra Ponti, Viale S. Franscini 17, 6904 Lugano, téléphone 091 922 95 22, fax 091 923 61 71, e-mail: mpietraponti@ticino.com

Juriste: Marina Pietra Ponti, pietraponti@ticino.com



Edoardo Bisio, président.

Thurgovie



Membres: 362

Présidence: Dominik Hauser

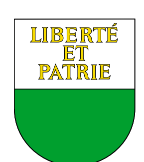
Comité: Franziska Businger Vogler (déléguée DAVID), Annebärbel Grosskopf (déléguée CC), Stephanie Hoenigschmid, Michaela Lentz (caissière), Nadine Nieuwkamp (déléguée FiV), Eric Vultier (juriste)

Secrétariat: VSAO Sektion Thurgau (DAVID-Sekretariat), c/o Anette Gasser, Vorstettli 13, 4524 Günsberg, téléphone 032 637 07 15 (seulement lundi 14 h–16 h 30 et vendredi 9 h 30–12 h), fax 032 637 07 16, e-mail: thurgau@asmac.ch



De gauche à droite: Annebärbel Grosskopf, Dominik Hauser (président), Nadine Nieuwkamp, Michaela Lentz, Franziska Businger Vogler, Stephanie Hoenigschmid, Eric Vultier.

Vaud



Membres: 1833

Présidence: Patrick Wilson

Comité: Sophie Comte (co-vice-présidente), Vincent Cattin (co-vice-président), Mathias Widmer (caissier), Alexandre Dumusc (Webmaster), Semira Gonseth, Joëlle Cornut, Garance Behrens, Vivien Contesse, Maryline Foerster, Alain Guidon, Sylvain Julliand, Fabrizio Marra, Maud Tempia, Julien Vaucher, Noémie Boillat, Ioannis Rotas

Avocat: Patrick Mangold, avocat@asmav.ch

Secrétariat: ASMAV, case postale 9, 1011 Lausanne-CHUV, asmav@asmav.ch, www.asmav.ch

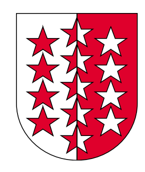


De gauche à droite, en haut: Alexandre Dumusc, Fabrizio Marra, Semira Gonseth, Vivien Contesse; en bas: Mathias Widmer, Patrick Wilson (président).



Patrick Mangold, avocat.

Valais (ASMAVAL)



Membres: 460

Présidence: Vincent Remillieux

Comité: Marc-Antoine Antille (secrétaire), Luc Feider (caissier), Ludovic Melly (chambre médicale), Jean-Daniel Rouvé (Webmaster), Dominique Tercier, Cécilia Fiori, Frédéric Golay, Moez Beldi

Secrétariat: Vincent Remillieux, Hôpital de Malévoz, rte de Morgins 10, 1870 Monthey, téléphone 079 309 36 61, fax 024 473 33 49, remillieux@vsao.ch. *Für deutschsprachige Kollegen:* Luc Feider (luc.feider@asmaval.ch)

Juriste: Antoinette Haldy, avocate, CP 234, 60, avenue C.-F.-Ramuz, 1001 Lausanne, téléphone 021 721 80 60, fax 021 721 80 70, ahaldy@vtx.ch



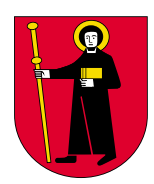
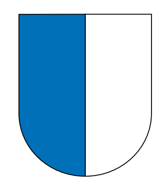
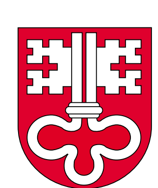
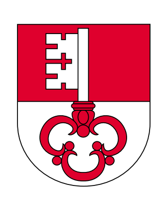
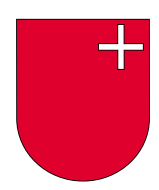
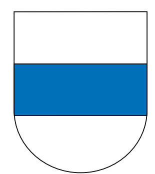


Antoinette Haldy, avocate.



De gauche à droite: Ludovic Melly, Antoinette Haldy (avocate), Dominique Tercier, Marc-Antoine Antille, Vincent Remillieux (président), Cécilia Fiori, Frédéric Golay, Luc Feider, Moez Beldi.

Suisse centrale

Membres: 1088

Présidence: Irene Burger, Gert Printzen

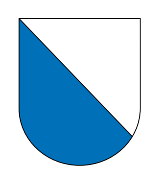
Comité: Andreas Hirth, Mathias Rössle, Dragan Stojanov, Eric Vultier (juriste)

Secrétariat: VSAO Sektion Zentralschweiz (DAVID-Sekretariat), c/o Anette Gasser, Vorstettli 13, 4524 Günsberg, téléphone 032 637 07 15, fax 032 637 07 16, e-mail: zentralschweiz@vsao.ch



De gauche à droite: Dragan Stojanov, Mathias Rössle, Eric Vultier (juriste), Irene Burger (coprésidente), Gert Printzen (coprésident et caissier), Andreas Hirth.

Zurich (Zürcher Spitalärzte und Spitalärztinnen VSAO)



Membres: 4040

Présidence: D[r] iur. Rudolf M. Reck

Comité: Peter Steiger (vice-président), Martin Johansson (caissier), Adrian Schibli, Katharina Schiessl, Angelo Barrile, Ellen Kägi, Homayon Chaudhry, Moreno Menghini

Secrétariat: Association des médecins hospitaliers zurichois VSAO, Rudolf M. Reck, Brandstrasse 6c, 8610 Uster, téléphone 044 941 46 78, fax 044 941 46 67, e-mail: vsao-zh@bluewin.ch

Networkerin: Kerstin Knaack, téléphone 079 669 69 88, fax 044 941 46 67, knaack@vsao.ch



(De gauche à droite): Peter Steiger (vice-président), Adrian Schibli, Moreno Menghini, Katharina Schiessl, Reto Thomasin (visiteur), Angelo Barrile, Rudolf M. Reck (président).

(manquent sur la photo): Martin Johansson (caissier), Ellen Kägi, Homayon Chaudhry.



Swiss Medical Student Association

Membres: 5800, dont 361 membres d'ASMAC

Présidence: Stéphane Henninger

Comité: Philippe Carruzzo (secrétaire général), Roland Fischer (formation), Miro Räber (caissier), Maya Rhyn (interne), Marius Schlienger (relations publiques)

Secrétariat: SwiMSA – Swiss Medical Student Association, c/o Fachschaft Medizin Bern, case postale 28, 3010 Berne, office@swimsa.ch, www.swimsa.ch



De gauche à droite: Roland Fischer, Maya Rhyn, Marius Schlienger, Stéphane Henninger (président).

Manquent sur la photo: Philippe Carruzzo, Miro Räber.



Christoph Bosshard

Président de l'ASMAC

Médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur
Médecin d'arrondissement à la Suva Berne
Responsable a.i. de groupe pratique, médecine des assurances Suva Berne/Fribourg/Sion/Soleure

Ressort: présidence, politique de la santé et professionnelle



Raphael Stolz

Vice-président de l'ASMAC, délégué du Comité directeur de l'ASMAC au Comité directeur de MEDISERVICE ASMAC

Chef de clinique au Centre d'urgences de l'Hôpital cantonal de St-Gall

Ressort: Formation postgraduée


PHOTO: MARCO ZANONI



Christiane Arnold

Cheffe de clinique en médecine interne, Hôpital cantonal d'Olten

Ressort: Formation postgraduée



Fabrice Dami

Médecin associé, Service des Urgences du CHUV, médecin-répondant centrale 144 Vaud

Ressort: Politique de la santé et professionnelle



Corina Kim-Fuchs

Cheffe de clinique adjointe à la Clinique universitaire de chirurgie viscérale et de médecine à l'Hôpital de l'Ile à Berne

Ressort: Formation postgraduée



Gert Printzen

Dr méd. et biochimiste dipl., responsable FAMH, Analytica med. Lab. AG, Zurich

Ressort: responsable de la qualité dans le domaine de la politique de la santé et professionnelle



Urs Sieber

Chef de clinique à l'Hôpital régional de Berthoud

Ressorts: Politique de la santé et professionnelle, conditions de travail



Patrick Wilson

Médecin assistant, néphrologie, CHUV Lausanne

Ressorts: Politique professionnelle et de la santé, conditions de travail



Nicola Rüegsegger

Etudiant en 3e année de médecine à l'Université de Bâle

Swiss Medical Student Association (SwiMSA)

Ressort: eHealth

Secrétaire politique

PHOTO: SEVERIN NOWACKI



Rosmarie Glauser, avocate, directrice de la section Berne et secrétaire politique de l'ASMAC.

La secrétaire politique élabore les fondements dans le domaine de la politique de la santé et professionnelle, soutient les organes de l'ASMAC Suisse lors des prises de décisions en matière de politique de la santé et professionnelle et communique les positions vis-à-vis des membres de l'association et des tiers. Elle assume certaines tâches en collaboration avec le directeur de l'ASMAC, Simon Stettler.

Tâches

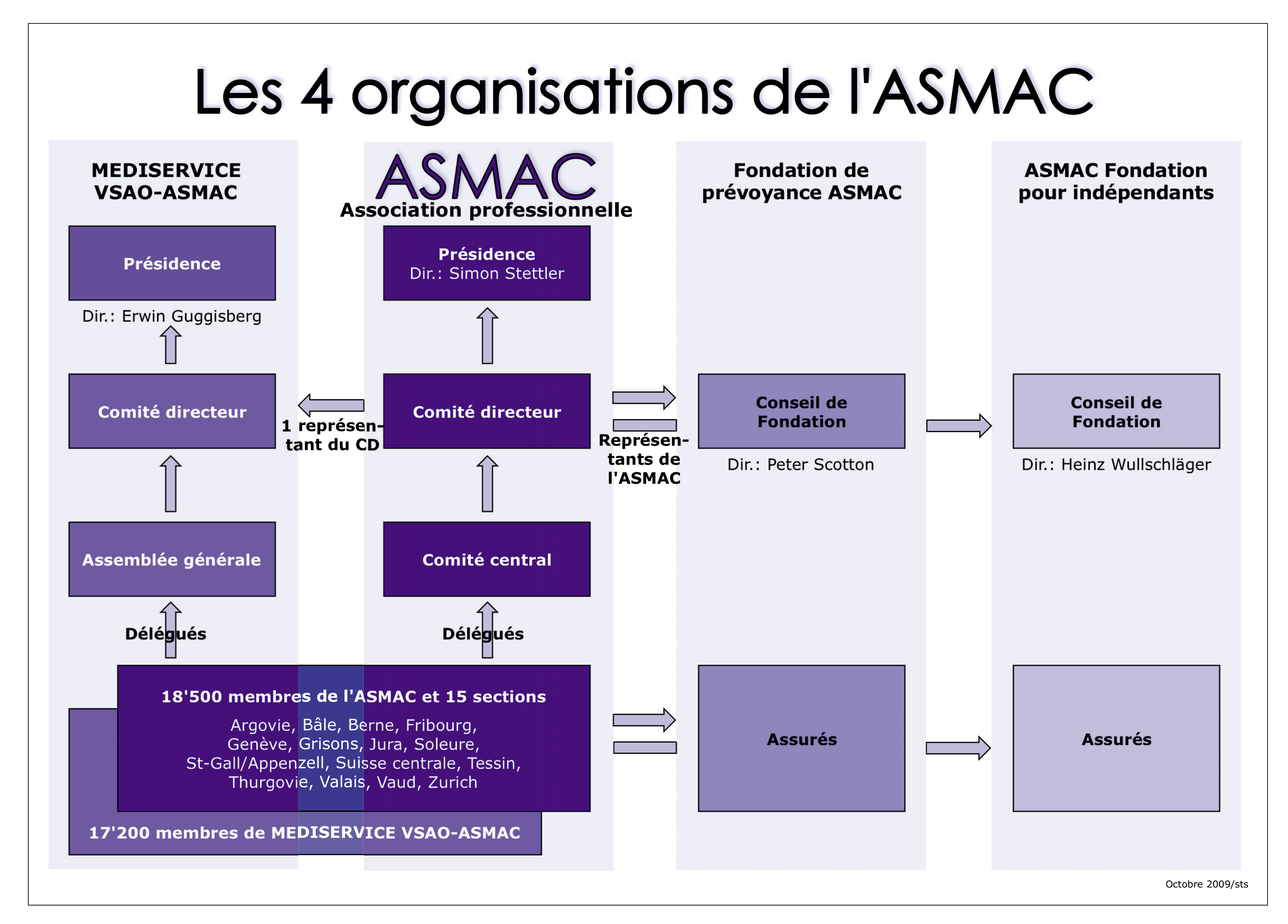
- lobbying auprès des décideurs dans le domaine de la politique de la santé
- représentation de l'ASMAC Suisse auprès de tiers
- participation dans les organes d'autres organisations/associations pour la défense des intérêts de l'ASMAC
- élaboration de procédures de consultation relatives à des projets concernant la politique de la santé
- rédaction d'articles visant à expliquer les positions de l'ASMAC Suisse en matière de politique de la santé et professionnelle
- collaboration pour la préparation et l'exécution de projets/manifestations de l'ASMAC Suisse dans le domaine de la politique de la santé ou professionnelle.

Mandat relatif à la loi sur le travail

La mandataire s'acquitte des tâches importantes pour l'ASMAC Suisse en rapport avec la loi sur le travail (LTr). Il s'agit principalement:

- de la représentation de l'ASMAC Suisse auprès de tiers,
- de l'élaboration de documents, en particulier de résumés,
- de la rédaction d'articles sur le thème de la loi sur le travail pour le Journal ASMAC,
- d'autres activités en rapport avec la loi sur le travail pour la défense des intérêts des membres de l'ASMAC Suisse.

Les conseils juridiques (ceux-ci sont organisés sur le plan cantonal) et les projets et questions relatifs à la mise en application ne font pas partie de ce mandat.


Les 4 organisations de l'ASMAC
MEDISERVICE VSAO-ASMAC
Présidence
Dir.: Erwin Guggisberg
Comité directeur
Assemblée générale
Délégués
ASMAC
Association professionnelle
Présidence
Dir.: Simon Stettler
Comité directeur
Comité central
Délégués
1 représentant du CD
18'500 membres de l'ASMAC et 15 sections
Argovie, Bâle, Berne, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Soleure, St-Gall/Appenzell, Suisse centrale, Tessin, Thurgovie, Valais, Vaud, Zurich
17'200 membres de MEDISERVICE VSAO-ASMAC
Représentants de l'ASMAC
Fondation de prévoyance ASMAC
Conseil de Fondation
Dir.: Peter Scotton
Assurés
ASMAC Fondation pour indépendants
Conseil de Fondation
Dir.: Heinz Wullschläger
Assurés
Octobre 2009/sts



Simon Stettler, directeur

Fondation/siège: 1945/Berne

Forme juridique: association

Membres: env. 18 500

Organes: Comité central (législatif),
Comité directeur (exécutif)

Collaborateurs au secrétariat central : 11

Contact: secretariat@asmac.ch

Association ASMAC

En tant qu'association indépendante, l'association professionnelle ASMAC défend les intérêts professionnels, politiques et économiques des médecins employés, en particulier des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique, en Suisse. Elle est également ouverte aux étudiants en médecine. L'ASMAC se compose de l'association centrale et de 15 sections régionales, qui constituent chacune une association juridiquement autonome. L'organisation décentralisée encourage la proximité avec les membres et la défense directe de leurs intérêts sur place. L'association centrale soutient et coordonne les efforts entrepris au niveau local.

Grâce à son important effectif des membres et à une bonne mise en réseau, l'ASMAC fait figure de partenaire reconnu dans le domaine de la santé et s'engage pour un système de santé de haute qualité, progressiste et finançable. Elle s'implique activement dans le débat concernant la politique de la santé et s'efforce de l'influencer positivement par un travail de lobbying ciblé. Les sujets de préoccupation principaux de l'ASMAC sont les conditions de travail des médecins travaillant à l'hôpital ainsi que la formation médicale postgraduée. En outre, elle soutient systématiquement l'égalité des sexes.

En tant que principale organisation de base, l'ASMAC est également représentée dans les organes importants au sein de la FMH (Chambre médicale, ISFM, etc.).

Il y a de bonnes raisons d'être membre de l'ASMAC:

- défense des intérêts professionnels et politiques des médecins employés au sein du corps médical et dans la société
- organisation de base pour l'affiliation à la FMH (pour les membres actifs)
- conseil juridique
- accès aux prestations de MEDISERVICE VSAO-ASMAC et des caisses de pension de l'ASMAC
- plate-forme pour les offres et demandes d'emploi (www.jobmed.ch)
- networking; établir et entretenir des contacts au sein de l'ASMAC
- Journal ASMAC (6 fois par année)
- actualités de l'association
- possibilité de s'engager activement dans la politique de la santé et de participer à l'aménagement de l'environnement professionnel via les sections et l'association centrale.

Simon Stettler, directeur

Nouvelle collaboratrice au secrétariat central de l'ASMAC

Nous nous réjouissons d'accueillir **Susanna Moor** à partir du 1er novembre 2009 dans notre équipe. Elle y prendra ses fonctions de juriste d'état-major au secrétariat central de l'ASMAC avec un taux d'occupation de 60 %.

Ces dernières années, Susanna Moor a travaillé comme avocate auprès d'une grande compagnie d'assurance de protection juridique. Grâce à ses vastes connaissances juridiques et linguistiques ainsi qu'à sa large expérience professionnelle, elle va dès maintenant apporter son soutien à la direction et aux organes de l'association centrale dans différents projets et domaines.

Elle vit à Berne avec son partenaire et son fils Finn âgé d'un an.

Simon Stettler, directeur





Erwin Guggisberg, directeur.

MEDISERVICE VSAO-ASMAC

L'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC) est garante d'un engagement dans le domaine de la politique professionnelle et de prestations de service adéquates. Elle couvre ainsi les deux principaux besoins de ses membres. Alors que l'ASMAC s'occupe avant tout de politique professionnelle, l'organisation de prestations de service à but non lucratif autonome MEDISERVICE VSAO-ASMAC a été fondée pour s'occuper du domaine des prestations de service. Cette organisation a pour objectif de mettre à disposition des membres de l'ASMAC des offres spécifiques apportant des avantages concrets. Un membre peut donc profiter directement de prestations de service adaptées à ses besoins, et indirectement de l'engagement en faveur de l'association faîtière, par exemple pour le financement du Journal ASMAC. La philosophie de MEDISERVICE VSAO-ASMAC est basée sur les deux piliers «individualité» et «conseil». On entend par là un principe commercial qui se fonde sur «l'empathie économique»: la capacité des collaborateurs à comprendre et prendre pleinement en compte le quotidien privé et professionnel des médecins et de ce fait à reconnaître leurs besoins en matière de prestations de service. Le membre bénéficie ainsi de solutions optimales, adaptées aux besoins individuels. MEDISERVICE VSAO-ASMAC accompagne le membre sur la base d'un partenariat. La décision finale incombe toujours au membre. Les prestations de service sont fournies de manière adéquate, efficace et avec compétence. Grâce à une collaboration étroite avec différents partenaires de prestations et de conseil, MEDISERVICE VSAO-ASMAC reste, malgré une large palette de produits, une organisation petite et efficace. Tous les partenaires de conseil doivent satisfaire aux exigences élevées en matière de qualité en ce qui concerne l'orientation selon la clientèle et l'éthique de conseil.

Erwin Guggisberg, directeur

Correctement assuré à chaque phase de vie!



	Assurances											Prestations de services								
Situation professionnelle/de vie	Assurance maladie	Indemnités journalières	Accident (employé)	Accident (indépendant)	Interruption d'emploi	Protection juridique	Mobilier	Responsabilité civile privée	Véhicules	Responsabilité civile professionnelle	Cabinet médical	Conseil en assurances, finances, fiscalité	Administration du cabinet médical	Séminaires	Bourse PRAXSUISSE	Journal ASMAC	Jobmed	MEDILEASING (véhicules)	MediFuture	Planification de carrière/Carrière de medecins
Etudes de médecine	●								●			●		●		●		●	●	●
Médecin assistant	●	●	●		●	●	●	●	●			●		●		●	●	●	●	●
Propre appartement	●	●	●			●	●	●	●			●		●		●		●	●	●
Médecin en chef	●	●	●			●	●	●	●			●		●		●	●	●	●	●
Famille/enfants	●	●	●			●	●	●	●			●		●		●		●	●	●
Séjour à l'étranger	●	●	●		●							●				●				●
Carrière hospitalière	●	●	●			●	●	●	●			●		●		●	●	●	●	●
Activité en cabinet	●	●		●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●
Maison individuelle	●	●		●		●	●	●	●	●	●	●	●	●		●		●	●	●
Alternatives professionnelles	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●
Formation des enfants	●	●		●		●	●	●	●	●	●	●	●	●		●		●	●	●
Remise du cabinet	●	●		●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●
Retraite	●					●	●	●	●			●		●		●		●		

Assurances obligatoires
Caisse maladie, assurance de base (LAMal), assurances accident pour l'employeur (LAA), assurance du mobilier, véhicule et assurance responsabilité civile, assurance responsabilité civile professionnelle, assurance du cabinet médical.

Fondation de prévoyance ASMAC

La caisse de pension de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique, Fondation de prévoyance ASMAC, croyait pouvoir faire face à la crise financière globale avec une réserve de 17,3% de l'année 2007. La baisse du taux de couverture au 31 décembre 2008 de 117,3% à 96,4% résulte des pertes comptables dues à l'évolution négative sur les marchés financiers internationaux. Ce sont en particulier les actions suisses et étrangères qui sont touchées. Malgré la crise financière, la fondation n'a jusqu'ici à aucun moment dû vendre des placements à perte ou en ramener la valeur comptable à zéro.

En raison du taux de couverture à la fin 2008 et de l'absence de la réserve de fluctuation de valeurs, les avoirs de vieillesse seront rémunérés en 2009 au taux minimal LPP de 2%. Dans ce contexte, la compensation du renchérissement des rentes a été suspendue à partir du 1er janvier 2009 jusqu'à nouvel avis.

Au 31 août 2009, la performance cumulée du portefeuille se situe à 8,57% et donc 0,32% au-dessus du benchmark. Le taux de couverture au 31 août 2009 dépasse donc les 100%.

Le taux de la prime de risque a été réduit au 1er janvier 2009 de 1,5 à 1,2%. La prime globale est restée inchangée. Tous les assurés profitent ainsi d'une cotisation d'épargne plus élevée.



Peter Scotton, directeur

Les principaux chiffres

Structure de la caisse de pension	
Fondation/siège	1983/Berne
Forme juridique	Fondation
Couverture du risque	autonome
Prévoyance vieillesse	Primauté des cotisations
Prévoyance risque	Primauté des prestations

Données actuarielles	**2008**	**2007**
Dossiers d'assurés actifs	15 662	14 873
Dossiers de rentiers	408	375
Nombre de comptes de libre passage	2 925	3 137
Rémunération du capital épargne vieillesse	3,25%	2,50%
	millions CHF	**millions CHF**
Avoirs épargne	1 092,7	1 022,4
Capital de couverture pour rentiers	112,0	101,8
Provisions techniques	14,2	13,3

Principaux chiffres-clés	**2008**	**2007**
Degré de couverture (taux d'intérêt technique CFA/PRASA 4%)	96,4%	117,3%
Charges administratives moyennes par dossier d'assuré	114,10	136,70

Au 1er janvier 2008, le département de la gestion immobilière a été transféré dans la nouvelle société «PK Immo SA» en raison de l'assujettissement à la TVA. Les frais d'administration se situent par conséquent à un niveau plus bas. Quant aux produits des prestations de service fournies, ils se situent à zéro. La SA appartient à cent pour cent à la Fondation de prévoyance ASMAC.

Bilan en millions de francs suisses

Actifs	**2008**	**2007**
Placement de la fortune	1 171,9	1 336,5
Compte de régulation actif	4,5	5,0
Total de l'actif	**1 176,4**	**1 341,5**
Passifs		
Dettes	1,7	1,4
Compte de régulation passif	0,1	0,2
Réserves de cotisations d'employeur	0,0	0,0
Provisions non techniques	0,0	6,0
Capitaux de prévoyance et provisions techniques	1 218,9	1 137,4
Réserve de fluctuation de valeurs	0,0	196,0
Capital de la fondation, fonds libres/découverts	–44,4	0,5
Total du passif	**1 176,4**	**1 341,5**

Compte d'exploitation en millions de francs suisses

Activité d'assurance	**2008**	**2007**
Apport des cotisations et prestations d'entrée	238,3	206,2
Dépenses relatives aux prestations et versements anticipés	–182,6	–159,2
Dissolution/constitution de capitaux de prévoyance, provisions techniques et réserves de contribution	–81,7	–59,5
Produit des prestations d'assurance et des charges d'assurance	–0,7	–0,8
Résultat net de l'activité d'assurance	**–26,7**	**–13,1**
Activité de placement		
Résultat net des placements	–218,4	47,5
Dissolution/constitution de provisions non techniques	6,0	–0,9
Autres produits	0,4	0,5
Autres charges	0,0	0,0
Frais d'administration	–2,2	–2,5
Excédent des charges/produits avant dissolution/ constitution de la réserve de fluctuation de valeurs	**–240,9**	**31,4**
Dissolution/constitution de la réserve de fluctuation de valeurs	196,0	–31,0
Excédent des charges/produits	**–44,9**	**0,4**



Heinz Wullschläger, directeur



L'ASMAC Fondation pour indépendants

L'ASMAC Fondation pour indépendants a été fondée en tant que caisse de prévoyance d'association pour les médecins en pratique privée et leur personnel. La forme juridique d'établissement collectif permet une administration simple et efficace. Grâce à sa politique prudente, la fondation a connu pendant toutes ces années une croissance réjouissante et un développement solide.

L'ASMAC Fondation pour indépendants met en application la prévoyance professionnelle dans le cadre de la LPP et de ses ordonnances d'exécution, pour la couverture des conséquences économiques en cas de vieillesse, décès et invalidité. Peuvent adhérer à la fondation:

1. les médecins indépendants avec personnel
2. les médecins indépendants sans personnel
3. le personnel médical de médecins en pratique privée
4. les cliniques privées, hôpitaux et autres employeurs du secteur médical
5. cadres et directions du secteur médical
6. les organisations professionnelles du corps médical ainsi que les organisations de l'ASMAC et les autres prestataires médicaux selon la LAMal

Afin de pouvoir couvrir les besoins très divers de ses clients, la Fondation offre huit plans de prévoyance. Les propriétaires de cabinet peuvent ainsi en tout temps choisir l'offre d'assurance risque (décès/invalidité) et l'épargne vieillesse la mieux adaptée à leur situation. Grâce à un âge moyen de seulement 44 ans et le rapport attractif entre assurés actifs et rentiers, tous les assurés bénéficient de primes de risque avantageuses.

Un grand nombre d'employeurs assurés ont tiré profit des modifications du règlement de prévoyance entrées en vigueur au 1er janvier 2007 afin d'encore mieux aménager leur contrat LPP. Vous trouverez ci-après un aperçu des principales nouveautés.

- Possibilités supplémentaires d'épargne dans les plans de prévoyance actuels. L'assuré a ainsi la possibilité d'augmenter sa contribution d'épargne.
- Financement de la retraite anticipée. Dans ce domaine, l'assuré peut engager des sommes de rachat supplémentaires et s'assurer ainsi le paiement de la rente vieillesse entière en cas de retraite anticipée.
- Elargissement des possibilités d'admission pour cliniques, médecins hospitaliers, cadres et autres prestataires médicaux (p. ex. instituts de radiologie, laboratoires).

Afin de pouvoir proposer à nos assurés et à nos futurs clients des solutions de prévoyance optimales, nous examinons actuellement d'autres possibilités d'extension de notre offre. Les suggestions et propositions diverses de notre clientèle nous réjouissent et sont les bienvenues.

Vous trouverez encore d'autres informations sur le site Internet www.asmac-fondation.ch

Avez-vous encore des questions? Les collaborateurs administratifs demeurent volontiers à votre disposition (contact: cf. infobox).

Les principales données

Fondation: 15 avril 1986

Fondatrice: ASMAC Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique

Organe de gestion: Conseil de fondation composé de 4 représentants des employeurs (médecins en pratique privée) et 4 représentants des employés (désignés par les organisations d'employés)

Administration: composée de la direction, de l'administration des assurés et du service de comptabilité. Occupe 9 employés (taux d'occupation total d'environ 750 %) et 1 apprentie.

Pour des informations détaillées:
ASMAC Fondation pour indépendants
Brunnhofweg 37, case postale 319, 3000 Berne 14
téléphone 031 560 77 77, fax 031 560 77 88
info@asmac-fondation.ch
www.asmac-fondation.ch

Les principaux chiffres au 31 août 2009

Personnes assurées: env. 6100

Contrats d'affiliation: env. 2650

Somme du bilan: env. CHF 1,094 md

Degré de couverture: env. 99 %



Collège de Médecine de Premier Recours CMPR

Groupe de travail Recherche en médecine de premier recours (ReMPR)

Prix CMPR de recherche en médecine de premier recours 2010[1]

avec le soutien de mepha

Spécialité

Médecine de premier recours

Critères des travaux soumis

Travaux scientifiques achevés en Suisse ou par des auteurs suisses habitant à l'étranger, qui apportent une contribution importante aux soins de base offerts par le médecin de premier recours, notamment:

- à la qualité du traitement et de la prise en charge des patients de premier recours
- à la pratique médicale des médecins de premier recours (thématique valable, pertinente et réalisable en pratique)
- à la recherche sur le cabinet du médecin de premier recours: fondements, conditions de travail, gestion et préservation des ressources

Prix

CHF 30 000.–
Le prix sera accordé à un seul lauréat pour son travail scientifique ou réparti parmi plusieurs auteurs (sans possibilité de recours aux tribunaux).

Participant(e)s

Auteurs en Suisse ou personnes suisses habitant à l'étranger ayant achevé un travail scientifique majeur sur la médecine de premier recours dans les trois dernières années.

Délai de soumission

28 février 2010

Remise du prix

Lors du Colloque de formation continue du CMPR, les 24/25 juin 2010 à Lucerne et le 2 septembre 2010 à Lausanne.

Comité

Jury indépendant, nommé par le conseil de fondation du CMPR, sur la base d'une proposition du groupe de travail Recherche en médecine de premier recours.

Information

Détail des conditions de participation: dossier à fournir sous forme électronique ou CD (pas de disquettes) et sous forme papier

- formulaire d'inscription (www.kollegium.ch/rd/f.html)
- curriculum vitae de l'auteur principal
- manuscrit
- brève lettre d'accompagnement «importance de ce travail pour la médecine de premier recours»

Nous ne prendrons pas en considération les travaux ayant déjà été soumis une fois et il n'y aura pas d'échange de courrier au sujet de l'attribution des prix.

Lieu de contact

Collège de médecine de premier recours CMPR
Secrétariat du groupe de travail Recherche en médecine de premier recours
ReMPR (Ursula Laubscher), Landhausweg 26, 3007 Berne
foham@kollegium.ch; www.kollegium.ch/rd/f.html (Recherche clinique)

[1] avec le soutien de mepha



IMPRESSUM

Nº 6 • 28e année • Décembre 2009

Editeur



MEDISERVICE VSAO-ASMAC
Bahnhofplatz 10 A, case postale 7255, 3001 Berne
Téléphone 031 350 44 88, fax 031 350 44 89
journal@asmac.ch, journal@vsao.ch
www.asmac.ch, www.vsao.ch
Sur mandat de l'ASMAC

Rédaction
Catherine Aeschbacher (rédactrice en chef/ca),
Iris I. Bachmann Holzinger (ib),
Esther Camenzind (ec), Homayon Chaudhry (hc),
Kerstin Günther (kg), Stefanie Kohli (sk),
Lukas Staub (ls), Jan Vontobel (jv),
Sophie Yammine (sy)

Comité directeur
Christoph Bosshard, président
Raphael Stolz, vice-président
Christiane Arnold, Fabrice Dami, Guillaume Favre,
Corina Kim-Fuchs, Gert Printzen, Urs Sieber,
Patrick Wilson, Nicola Rüegsegger (SwiMSA)

Impression et expédition
Vogt-Schild Druck AG
Gutenbergstrasse 1, 4552 Derendingen
Téléphone 058 330 11 11, fax 058 330 11 78

Maquette: Werner Kocher

Annonces
Dominik Lauber
Axel Springer Schweiz AG, Fachmedien
Förrlibuckstrasse 70, case postale, 8021 Zurich
Téléphone 043 444 51 02, fax 043 444 51 01
dominik.lauber@fachmedien.ch
vsao@fachmedien.ch

Tirage
20 816 exemplaires imprimés
19 496 exemplaires certifiés REMP, base 2008

Fréquence de parution: 6 numéros par année
L'abonnement est inclus dans la contribution
annuelle pour les membres de l'ASMAC

ISSN 1422-2086

L'édition nº 1/2010 paraîtra en janvier 2010.
Sujet: Alternatives



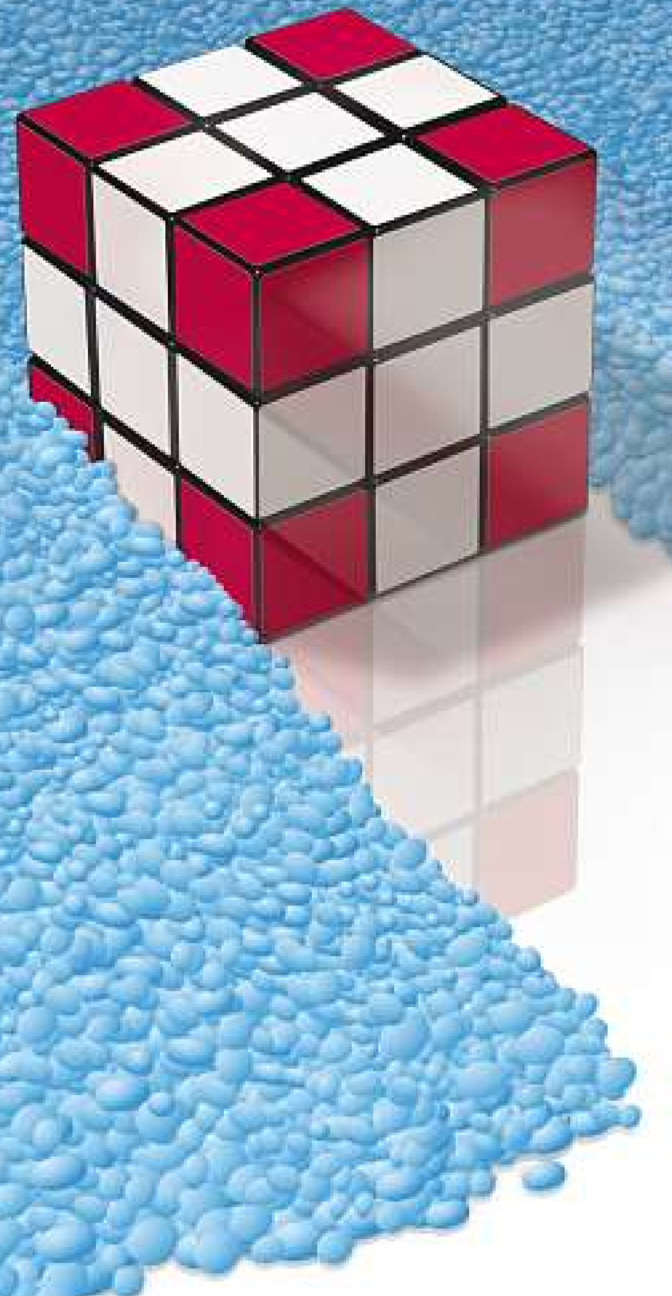
Gütesiegel Q-Publikation
des Verbandes Schweizer Presse

ADRESSES DE CONTACT DES SECTIONS

AG	VSAO Sektion Aargau, Verbandssekretär: Eric Vultier, lic. iur., Auf der Mauer 2, 8001 Zurich, vultier@schai-vultier.ch, téléphone 044 250 43 23, fax 044 250 43 20, aargau@asmac.ch
BL/BS	VBAO – Verband Basler Assistenz- und Oberärzte/-innen, Geschäftsleiterin und Sekretariat: lic. iur. Claudia von Wartburg, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen, Telefon 061 421 05 95, Fax 061 421 25 60, sekretariat@vbao.ch, www.vbao.ch
BE	VSAO Sektion Bern, Geschäftsführerin: Rosmarie Glauser, Fürsprecherin, Schwarztorstrasse 22, 3007 Berne, téléphone 031 381 39 39, fax 031 381 82 41, bern@asmac.ch, www.vsao-bern.ch
FR	ASMAF Section Fribourg, case postale, 1708 Fribourg, webmaster@asmaf.ch, www.asmaf.ch
GE	AMIG c/o HUG, case postale 23, rue Micheli-du-Crest 24, 1211 Genève 14, amig@amig.ch, www.amig.ch
GR	VSAO Graubünden c/o Dr. med. Claudia Heintze, Psychiatrische Dienste Graubünden, Ambulanter Dienst Ilanz, 7130 Ilanz, graubuenden@asmac.ch
JU	ASMAC Section Jura, Dr méd. Carlos Munoz, chemin des Vauches 7, 2900 Porrentruy, téléphone 032 465 65 65, cfmunoz@bluewin.ch
SG/AI/AR	VSAO Sektion St.Gallen, siehe DAVID-Sekretariat, st.gallen_appenzell@asmac.ch
SO	VSAO Sektion Solothurn, Dr. med. Felix Kurth, Präsident, Oberarzt Medizin Spital Dornach, 4143 Dornach, téléphone 061 704 43 92, solothurn@asmac.ch
TI	ASMACT, Associazione Medici Assistenti e Capiclinica Ticinesi, Avv. Marina Pietra Ponti, Viale S. Franscini 17, 6904 Lugano, telefono 091 922 95 22, fax 091 923 61 71, pietraponti@ticino.com
TG	VSAO Sektion Thurgau, siehe DAVID-Sekretariat, thurgau@asmac.ch
VD	ASMAV, case postale 9, 1011 Lausanne-CHUV, www.asmav.ch, asmav@asmav.ch
VS	ASMAVAL, Dr Vincent Remillieux, Hôpital de Malévoz, route de Morgins 10, 1870 Monthey, téléphone 079 309 36 61, fax 024 473 33 49, remillieux@vsao.ch
Suisse centrale	VSAO Sektion Zentralschweiz, zentralschweiz@vsao.ch, voir Secrétariat DAVID
ZH	Zürcher Spitalärzte und Spitalärztinnen VSAO, Dr. R. M. Reck, Brandstrasse 6c, 8610 Uster, téléphone 044 941 46 78, fax 044 941 46 67, vsao-zh@bluewin.ch; www.vsao-zuerich.ch

Secrétariat DAVID: Anette Gasser, Vorstettli 13, 4524 Günsberg,
téléphone 032 637 07 15, fax 032 637 07 16, david@vsao.ch

Rapide et radical contre les bactéries Gram positif[1]



H409/01.09



Bactéricide, également contre les germes résistants[1,2,3]

Références: 1. Arbeit R et al. The Safety and Efficacy of Daptomycin for the Treatment of Complicated Skin and Skin-Structure Infections. Clinical Infectious Diseases. 2004;38:1673–81. **2.** Steenbergen JN et al. Daptomycin: a lipopeptide antibiotic for the treatment of serious Gram-positive infections. Journal of Antimicrobial Chemotherapy. 2005;55:283–288. **3.** Fowler VG et al. Daptomycin versus Standard Therapy for Bacteremia and Endocarditis Caused by Staphylococcus aureus. N Engl J Med. 2006;355(7):653–65.



Cubicin®. C: Flacon avec poudre à 350 mg et 500 mg de daptomycine pour solution à diluer pour perfusion. **I:** Traitement des infections compliquées de la peau et des tissus mous (cSSTI) sensibles au *S.aureus, S.pyogenes, S.agalactiae, S.dysgalactiae susp. equisimilis* et *E.faecalis*. Traitement de la Bactériémie à *S.aureus* (BSA). Endocardite infectieuse droite due à des germes sensibles et résistants à la méthicilline. **P:**Traitement de cSSTI: chez l'adulte 4 mg/kg tous les 24 h pendant 7-14 d ou jusqu'à résolution de l'infection. BSA et endocardite infectieuse droite: chez l'adulte 6 mg/kg tous le 24 h pendant 2-6 sem. Ajustement de la dose chez l'insiffisance rénale (ClCr <30 ml/min) ou/et les patientes âgés. Détails cf. le Comp. Suisse des Médicaments. **CI:** Hypersensibilité à la substance active ou à un excipient. **PE:** Augmentation des taux de CPK associées à des myosites ont été rapportées sous traitement par Cubicin. Les taux plasmatique de CPK doivent être évalués régulièrement pendant le traitement. Des symptômes d'une neuropathie péripherique doivent faire l'objet d'investigations et l'arrêt du traitement par la daptomycine doit être envisagé. Surveillance régulière del la fonction rénale en cas d'administration concomitante de substances ayant un potentiel néphrotoxique. Evaluer un autre traitement antibactérien alternatif si, après instauration d'un traitement par Cubicin, on s'aperçoit qu'il n'y a pas de bactériémie à S. aureus ni qu'aucun foyer infectieux par *Staphylococcus aureus* n'a été identifié comme une infection compliquée de la peau et des tissus mous ou une endocardite infectieuse droite.Détails cf. le Comp. Suisse des Médicaments. **IA:** Pendant le traitement avec Cubicin c'est recommandé d'interrompre provisoirement l'administration des médicaments associé avec des myosites. Si l'association est inévitable, les CPK doivent être évalués plus d'1x par sem. En cas d'administration concomitante de daptomycine avec d'autre spécialité réduisant la filtration rénale, précautions est recommandé. Des cas d'interférences entre la daptomycine et un réactif utilisé pour l'évaluation du temps de prothrombine, qui ont donné à une prolongation apparente du TP. Détails cf. le Comp. Suisse des Médicaments. **EI:** *Fréquent:* infections mycosiques, céphalées, nausées, vomissements, diarrhée, rash, réactions au site de perfusion, valeurs anormales de la fonction hépatique (AST, ALT, phosphatases alcalines), augmentation de la CPK. *Occas.:* infections des voies urinaires, thrombocytémie, anémie, éosinophilie, anorexie, hyperglycémie, anxiété, insomnie, vertiges, paresthésies, troubles du goût, tachycardies supraventriculaires, extrasystoles, bouffées vasomotrices, hypertension, hypotension, constipation, douleurs abdominales, dyspepsie, glossite, ictère, prurit, urticaire, myosite, faiblesse musc., douleurs musc., arthralgies, insuff. rénale, vaginite, pyrexie, accès de faiblesse, fatigue, douleurs, déséquilibre électrolytique, augmentation de la créatinine sérique, augmentation de la myoglobine, augmentation de la déshydrogénase lactique. *Rare et très rare:* cf. Comp. Suisse des Médicaments. **Pr:** flacon à 350 mg resp. 500 mg : 1, 10x1 Catégorie de vente: **A.** Pour de plus amples inform., veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments. **Novartis Pharma Schweiz AG, Monbijoustr. 118, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 377 51 11.**

